

Pablo Muñoz Cifuentes

Cuestiones éticas de la atención al paciente fumador en atención primaria

Departamento
Medicina, Psiquiatría y Dermatología

Director/es
Delgado Marroquín, María Teresa
Altisent Trota, Rogelio

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>

Tesis Doctoral

CUESTIONES ÉTICAS DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE FUMADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autor

Pablo Muñoz Cifuentes

Director/es

Delgado Marroquín, María Teresa
Altisent Trota, Rogelio

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Medicina, Psiquiatría y Dermatología

2016

Universidad de Zaragoza

**Cuestiones éticas de la atención al paciente fumador
en Atención Primaria**



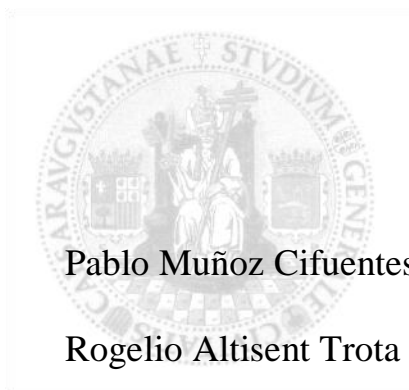
Pablo Muñoz Cifuentes

Zaragoza, Octubre de 2015

Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología



Cuestiones éticas de la atención al paciente fumador en Atención Primaria



Doctorando: Pablo Muñoz Cifuentes

Directores: Rogelio Altisent Trota

M^a Teresa Delgado Marroquín

Memoria de la Tesis presentada para obtener el grado de Doctor

Pablo Muñoz Cifuentes

Zaragoza, Octubre 2015



Dedicatoria

A Julián Gómez del Castillo en el 9º aniversario de su partida al Padre.

A los pobres de la Tierra, aquellos que siempre pierden.

A Marta, mi compañera del alma. Por tu paciencia con la edición de la tesis y tu apoyo constante y por cargar con todo amorosamente.

A mi hija Isabel, la flor de mi jardín. Tus besos, tus preguntas y tu mirada de niña recrean el mundo cada día y renuevan mi alegría cada mañana.

A mis padres, por vuestro cariño y ejemplo de trabajo docente e investigador. Gracias por vuestra revisión paciente de cada línea de esta tesis y por vuestros consejos.

A mis hermanos y hermanas, David y Rocío, Fernando y Laura, por regalarme vuestro cariño que estrecha océanos y derriba fronteras. A mi pequeña sobrina Dora, la alegría de la familia, por sembrar futuro y esperanza con tus primeras sonrisas.

A Loly y Andrés por vuestro tremendo cariño, ejemplo y apoyo en las malas y en las buenas.

Por acogerme como a un hijo desde el primer momento.

A Isidoro, Leda y Andrés, por quererme como vosotros sabéis querer a un hermano. A Joel, mi pequeño gran sobrino, por enseñarme a ser niño viéndote crecer feliz.

A mi equipo y mis amigos militantes, especialmente a Rodrigo y Raquel, porque vuestra amistad nos ha mantenido a flote. A mi amigo Eugenio, por hacer de la vida y el dolor entrega a fondo perdido. ¡Ahora más que nunca!

Agradecimientos

Realizar una tesis doctoral no es tan distinto a dejar de fumar. Se requiere motivación, vencer muchas resistencias y aprender de las recaídas. Y, por supuesto, se necesita mucho apoyo de los demás, para conseguirlo. Quisiera aprovechar estas líneas para agradecer de corazón vuestra ayuda a todos los que han estado ahí estos años.

Debo agradecer, en primer lugar, su colaboración a los médicos, enfermeras y pacientes que han colaborado como participantes en este estudio. Un agradecimiento especial le debo a la Asociación para la Prevención del Tabaquismo en Aragón.

Quiero especialmente agradecer a todos aquellos que me han ayudado en este camino. En primer lugar a mis directores Rogelio y Maite, por sus consejos, ayuda y paciencia conmigo.

Gracias a Antonio Casasempere, por su imprescindible ayuda con el análisis cualitativo y otros muchos aspectos de este trabajo.

Quiero agradecerle a Begoña Buil, a Marisa Rubio y a todas aquellas personas que me lo han mostrado, su apoyo a lo largo de estos años con distintos aspectos de la tesis.

Un agradecimiento especial le debo a Alejandro Merino, mi tutor en el pucelano barrio de la Victoria. Su actitud y su compromiso infatigable marcó mi profesión y me sigue alentando en el trabajo cotidiano.

No me quiero olvidar a mis queridos compañeros del hospital, que me han apoyado mucho para llegar hasta aquí. Sé que cuento con vosotros, sabed que contáis conmigo.

Gracias a los pacientes de cuyo sufrimiento y humanidad tanto aprendo cada día.





ÍNDICE

Índice

ÍNDICE.....	VIII
ÍNDICE.....	IX
ÍNDICE DE TABLAS	XVI
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XVII
INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO.....	5
CAPÍTULO 1. EL TABAQUISMO, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA	6
<i>Introducción al capítulo.....</i>	6
<i>1.1 Algunos conceptos sobre el tabaco.....</i>	7
<i>1.2 Epidemiología del tabaquismo.....</i>	9
1.2.1 Consecuencias para la salud derivadas del tabaquismo.....	9
1.2.2 Morbimortalidad atribuible al tabaquismo en España.....	14
1.2.3 Modelo teórico de la epidemia del tabaquismo.....	17
<i>1.3 Los costes del tabaquismo más allá de la salud</i>	22
1.3.1 Costes económicos derivados del tabaquismo.	22
1.3.2 El tabaquismo como factor de desigualdad social y pobreza.	23
<i>1.4 Políticas de control público y prevención del tabaquismo.....</i>	25
1.4.1 El tabaquismo en la agenda de la Organización Mundial de la Salud.	25
1.4.2 Marco legal español para el control del tabaquismo.	26
<i>1.5 Resumen del capítulo.....</i>	28

CAPÍTULO 2. EL TABAQUISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA	30
<i>Introducción al capítulo.....</i>	<i>30</i>
2.1 Razón de ser de la Atención Primaria.....	31
2.2 El médico de familia, actor principal en Atención Primaria	33
2.3 La actividad preventiva en Atención Primaria.....	35
2.4 La intervención frente al tabaquismo desde Atención Primaria.....	38
2.4.1 Bases neurobiológicas de la atención al tabaquismo.	39
2.4.2 Recomendaciones y tipos de intervención frente al tabaquismo en AP.....	42
1. Averiguar o preguntar por el hábito de fumar identificando a todo fumador.	43
2. Aconsejar el cese del hábito tabáquico.....	44
3. Apreciar o valorar la disposición para el cambio	45
4. Ayudar al paciente	45
5. Acordar y fijar las visitas de seguimiento.....	46
2.4.3 Modelo transteorético del cambio.....	50
2.4.4 La intervención para potenciar la motivación del fumador.....	52
2.5 Resumen del capítulo.....	56
CAPÍTULO 3. APORTACIÓN DE LA BIOÉTICA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE FUMADOR.....	57
<i>Introducción al capítulo.....</i>	<i>57</i>
3.1 Origen y desarrollo de la bioética aplicada a la Atención Primaria.....	58
3.1.1 La bioética como método para la toma de decisiones clínicas.	60
3.1.2 Cuestiones éticas en la práctica de la Atención Primaria.....	63
3.2 Ética de la actividad preventiva en Atención Primaria.....	65
3.2.1 Cuestiones éticas que entraña la actividad preventiva.....	67
3.3 Cuestiones éticas en la atención del tabaquismo desde Atención Primaria	70
3.3.1 La decisión de comenzar a fumar.	71
3.3.1.1 Factores condicionantes de la decisión de empezar a fumar.	72
3.3.1.2 Elementos a considerar en una decisión libre.	74

3.3.2 La dependencia del tabaco como cuestión ética.	76
3.3.3 Legitimidad de la intervención del profesional frente al tabaquismo.....	79
3.3.3.1 Papel modélico o ejemplar del profesional.	81
3.3.3.2 Problemas éticos relacionados con la formación en tabaquismo del médico.	82
3.3.3.3 Responsabilidad del profesional de enfermería en la atención del tabaquismo.	85
3.3.4 Cuestiones de actitud del profesional en la consulta del paciente fumador.	86
3.3.5 Cuestiones éticas en relación con la equidad en la atención.	91
3.5 Resumen del capítulo.....	93
MARCO METODOLÓGICO	96
CAPÍTULO 4. OBJETIVOS, METODOLOGÍA Y DISEÑO	97
<i>Introducción al capítulo.....</i>	<i>97</i>
4.1 Objetivos del estudio	99
4.2 Aproximación metodológica del estudio	102
4.3 Diseño de estudio y fases del mismo	105
4.3.1 Descripción del diseño de las entrevistas.....	108
4.3.1.1 Población y selección muestral de los profesionales.....	108
4.3.1.2 Población y selección muestral de los usuarios.....	109
4.3.1.3 Diseño del instrumento. El guión de la entrevista.....	110
4.3.2 Descripción del diseño de los grupos focales.....	114
4.3.2.1 Población y selección muestral de los profesionales.....	115
4.3.2.2 Selección muestral del grupo de usuarios	116
4.3.2.3 Diseño del instrumento. El guión de los grupos focales.	116
4.3.3 Mapa del diseño.	118
4.4 Resumen del capítulo.....	121
CAPÍTULO 5. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN	122
<i>Introducción al capítulo.....</i>	<i>122</i>
5.1 Desarrollo de las entrevistas.....	123

5.2 Características de los participantes de las entrevistas.....	125
5.3 Desarrollo de los grupos focales.....	127
5.4 Composición de los grupos focales.....	129
5.5 Cronograma del estudio.....	130
5.6 Criterios de rigor metodológico con especial atención a la calidad y la ética.....	132
5.7 Resumen del capítulo.....	136
CAPÍTULO 6. ANÁLISIS CUALITATIVO E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.....	138
Introducción al capítulo.....	138
6.1 Introducción al análisis cualitativo.....	139
6.2 Estrategia analítica.....	140
6.3 Fases del análisis realizado.....	141
6.3.1 Fase de preparación del corpus textual.....	141
6.3.2 Fase de descubrimiento o preanalítica.....	141
6.3.3 Fase de análisis.....	142
6.3.3.1 Codificación de los datos.....	142
6.3.3.2 Creación de familias de códigos.....	144
6.3.3.3 Creación de categorías.....	145
6.3.3.4 Análisis por categorías.....	147
6.3.3.5 Creación de un mapa de significados.....	149
6.3.4 Fase de verificación y contraste de los hallazgos.....	149
6.4 Resumen del capítulo.....	149
RESULTADOS.....	152
CAPÍTULO 7. RESULTADOS.....	153
Introducción al capítulo.....	153
7.1 Cuestiones éticas relacionadas con la responsabilidad del profesional.....	156
7.1.1 Legitimidad de la intervención.....	156

7.1.1.1 La responsabilidad sobre la prevención y la promoción de la salud	158
7.1.1.2 La confianza como base de la relación clínica	159
7.1.1.3 Compromiso del profesional	161
7.1.1.4 La formación en tabaquismo.	162
7.1.2. Responsabilidad del profesional de enfermería en la intervención en tabaquismo	163
7.1.3 La ejemplaridad del profesional en sus hábitos en relación con el tabaco.....	167
7.1.3.1 Deber de ejemplaridad	168
7.1.3.2 Ejemplaridad e imagen social.....	169
7.1.3.3 Capacidad de convicción	171
7.1.4 Papel de las consultas especializadas para el tratamiento del tabaquismo	172
<i>7.2 Cuestiones éticas en relación con la autonomía del paciente.....</i>	<i>172</i>
7.2.1 Libertad de la decisión de comenzar a fumar.	173
7.2.1.1 Información sobre el tabaco.....	174
7.2.1.2 Conciencia de los riesgos del tabaco.....	176
7.2.1.3 Condicionantes de la decisión de inicio.....	178
7.2.1.3.1 El ambiente y la presión de grupo	178
7.2.1.3.2 Inmadurez personal.....	182
7.2.1.3.3 Cultura del tabaco y publicidad	184
7.2.2 Dependencia.....	187
7.2.2.1 Dependencia y pérdida de la capacidad para decidir sobre el propio consumo de tabaco	188
7.2.2.2 Esclavos de la nicotina	189
7.2.3 Decisión personal de cese del tabaco.....	191
<i>7.3 Cuestiones éticas en relación con la actitud del profesional</i>	<i>196</i>
7.3.1 Inhibición del profesional ante el tabaquismo.....	196
7.3.2 Consejo persuasivo personalizado.....	198
7.3.3 Acompañamiento del paciente desde la deliberación.....	200
7.3.4 Actitud paternalista	204
<i>7.4. Cuestiones éticas en relación con la justicia en la gestión de los recursos</i>	<i>207</i>
7.4.1. Intervención adecuada a la motivación del fumador para el cese.	208

7.4.2. Cuestiones en relación con la rentabilidad de la prevención	210
7.4.3 Cuestiones relativas al papel del Estado.	211
7.4.3.1 Financiación de tratamientos para la deshabituación del tabaco	212
7.4.3.2 El papel regulador y educador del Estado frente al tabaco	213
7.5 <i>Resumen y conclusiones del capítulo</i>	216
DISCUSIÓN	219
CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN	220
<i>Introducción al capítulo</i>	220
8.1 <i>Comentario general sobre los resultados a la luz de los objetivos del mismo</i>	220
8.2 <i>La atención al tabaquismo, una cuestión de responsabilidad profesional</i>	221
8.2.1 La atención al paciente fumador por parte del profesional de enfermería.....	223
8.2.2 La formación y el compromiso profesional son claves para la atención de calidad.....	224
8.2.3 La función modélica del profesional sanitario en relación con el tabaco.....	227
8.3 <i>La actitud del profesional ante el paciente fumador</i>	229
8.4 <i>La decisión del paciente se encuentra en el núcleo de la consulta de tabaquismo</i>	233
8.4.1 La libertad condicionada del primer acto de fumar.....	233
8.4.2 La dependencia del tabaco esclaviza al fumador.....	235
8.4.3 Sólo el fumador puede protagonizar su liberación del tabaco.....	236
8.4.4 La motivación del fumador para el cambio, principio y fin de la intervención.....	238
8.5 <i>Resumen del capítulo</i>	240
CAPÍTULO 9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y PROSPECTIVA.....	242
<i>Introducción al capítulo</i>	242
9.1 <i>Limitaciones del estudio</i>	242
9.2 <i>Líneas de futuras investigaciones</i>	244
9.3 <i>Resumen del capítulo</i>	245
CONCLUSIONES.....	246

CAPÍTULO 10. CONCLUSIONES.....	247
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	250
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	251
ANEXOS.....	268
ANEXO I. TERMINOLOGÍA METODOLÓGICA UTILIZADA.....	269
ANEXO II. DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.	270
ANEXO III. MATRICES CUALITATIVAS	271
<i>A1. Cuestiones de responsabilidad profesional</i>	<i>273</i>
<i>A2. Cuestiones de autonomía.....</i>	<i>284</i>
<i>A3. Cuestiones de actitud profesional.....</i>	<i>304</i>
<i>A4. Cuestiones relacionadas con la justicia en la distribución de los recursos</i>	<i>315</i>



Índice de tablas

TABLA 1. PREVALENCIA DEL TABAQUISMO EN ESPAÑA SEGÚN EDAD Y SEXO	15
TABLA 2. PREVALENCIA DEL TABAQUISMO EN ESPAÑA SEGÚN SEXO	15
TABLA 3. FRACCIÓN POBLACIONAL DE MORTALIDAD ATRIBUIBLE AL TABAQUISMO EN ESPAÑA EN EL AÑO 2012	16
TABLA 4. DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS. CRITERIOS CIE 10 Y DSM-IV.....	40
TABLA 5. FACTORES CONDICIONANTES DE LA DECISIÓN DE COMENZAR A FUMAR	74
TABLA 6 CARACTERÍSTICAS DE LOS PROFESIONALES PARTICIPANTES EN LAS ENTREVISTAS.	126
TABLA 7 CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS ENTREVISTADOS.....	127
TABLA 8. COMPOSICIÓN DEL GRUPO FOCAL DE USUARIOS	129
TABLA 9. COMPOSICIÓN DEL GRUPO FOCAL DE PROFESIONALES.....	130
TABLA 10. CRONOGRAMA DEL ESTUDIO	132
TABLA 11. CORRESPONDENCIA DE LOS CÓDIGOS IDENTIFICATIVOS DE CADA CITA	154
TABLA 12. TABLA DE TERMINOLOGÍA METODOLÓGICA UTILIZADA	269
TABLA 13. CORRESPONDENCIA DE LOS CÓDIGOS IDENTIFICATIVOS DE CADA CITA	272
TABLA 14. CÓDIGO DE INTERPRETACIÓN CROMÁTICO	272

Índice de figuras

FIGURA 1: ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE TABACO.....	12
FIGURA 2. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD VINCULADAS CAUSALMENTE A LA EXPOSICIÓN AL HUMO DE SEGUNDA MANO.	13
FIGURA 3. DISTRIBUCIÓN DE FUMADORES Y MORTALIDAD RELACIONADA CON EL TABACO EN UN PAÍS A LO LARGO DEL TIEMPO...21	
FIGURA 4. INTERVENCIÓN SISTEMATIZADA RECOMENDADA.	43
FIGURA 5. INTERVENCIONES EN EL PACIENTE FUMADOR QUE QUIERE HACER UN INTENTO DE ABANDONO DEL TABACO EN EL MOMENTO DE LA VISITA.....	47
FIGURA 6. INTERVENCIONES EN EL PACIENTE FUMADOR QUE NO QUIERE HACER UN INTENTO DE ABANDONO DEL TABACO EN EL MOMENTO DE LA VISITA.....	48
FIGURA 7. MODELO TRANSTEORÉTICO DEL CAMBIO DE PROCHASKA Y DiCLEMENTE (1986).....	51
FIGURA 8. TEST DE RICHMOND.....	53
FIGURA 9. ESCALA DE FAGERSTRÖM PARA VALORAR LA DEPENDENCIA NICOTÍNICA.	78
FIGURA 10. HOOKED ON NICOTINE CHECKLIST.	79
FIGURA 11. GUIÓN DISEÑADO PARA LAS ENTREVISTAS A PROFESIONALES.	112
FIGURA 12. GUIÓN DISEÑADO PARA LAS ENTREVISTAS A USUARIOS.....	113
FIGURA 13. GUIÓN DISEÑADO PARA LOS GRUPOS FOCALES.....	117
FIGURA 14. MAPA DEL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN (I).....	119
FIGURA 14. MAPA DEL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN (II).....	120
FIGURA 15. DETALLE DE LA UNIDAD HERMENÉUTICA DE ATLAS.Ti7 SOBRE EL PROCESO DE CODIFICACIÓN.	144
FIGURA 16. DETALLE DE LA UNIDAD HERMENÉUTICA DE ATLAS.Ti7 CON LAS FAMILIAS DE CÓDIGOS.....	145
FIGURA 17. VISTA DE RED SOBRE LA CATEGORÍA EJEMPLARIDAD DEL PROFESIONAL.....	146
FIGURA 18. EJEMPLO DE MEMO ANALÍTICO.....	147

FIGURA 19. TRIANGULACIÓN ANALÍTICA.....	148
FIGURA 19. CONCEPTOS EN TORNO A LA LEGITIMIDAD DEL PROFESIONAL.....	156
FIGURA 20. RESPONSABILIDAD DE ENFERMERÍA EN LA INTERVENCIÓN EN TABAQUISMO.....	163
FIGURA 21. LA EJEMPLARIDAD DEL PROFESIONAL EN RELACIÓN CON EL TABAQUISMO	168
FIGURA 23. SOBRE EL CONCEPTO PRESIÓN DE GRUPO	179
FIGURA 24. RED DE CONCEPTOS ARTICULADOS EN TORNO A INMADUREZ PERSONAL.....	182
FIGURA 25. DECISIÓN PERSONAL DE CESE Y FACTORES QUE LA CONDICIONAN.	192
FIGURA 26. CONSEJO PERSUASIVO PERSONALIZADO.....	198
FIGURA 27. ACOMPAÑAMIENTO DEL PACIENTE DESDE LA DELIBERACIÓN	201
FIGURA 28. CONCEPTOS PROPIOS DE LA CATEGORÍA PATERNALISMO DIRECTIVO.....	204
FIGURA 29. INTERVENCIÓN ADECUADA A LA MOTIVACIÓN PARA EL ABANDONO DEL TABACO.....	209



INTRODUCCIÓN

La problemática que entraña el tabaquismo se puede abordar desde diferentes perspectivas. Se trata de una cuestión que va más allá de los daños que produce sobre la salud, ya que comprende importantes aspectos económicos, comerciales, legales e incluso criminales. Supone una grave responsabilidad para las administraciones públicas y para la sociedad responder al reto que plantea la amenaza del tabaquismo para la salud pública, involucrado en la muerte de 6 millones de personas cada año en el mundo. Se trata, por tanto, de un problema político, cuya solución requiere la toma de conciencia y el compromiso activo de la sociedad y los pueblos de todo el mundo.

En el presente trabajo se pretende abordar fundamentalmente el tabaquismo como problema de salud, dado que esa es la razón por la que merece su espacio en la consulta del profesional de Atención Primaria. En este ámbito asistencial la atención al paciente fumador forma parte de las actividades preventivas propias del perfil profesional del médico de familia. En el contexto de la consulta del paciente fumador en Atención Primaria surgen preguntas relativas al mundo de los valores y los deberes cuya respuesta requiere de la aportación de la bioética y la ética clínica.

Las líneas anteriores son desarrolladas ampliamente en el marco teórico que ocupa los tres primeros capítulos de este trabajo. El marco metodológico, desarrollado en los tres siguientes, recoge los objetivos, el diseño, los métodos, el desarrollo y el análisis realizado.

El propósito de esta investigación es explorar las cuestiones éticas que se plantean en la consulta del paciente fumador con su médico de familia. La detección y el análisis de estas cuestiones pueden contribuir a mejorar la calidad de la atención del tabaquismo en este ámbito clínico. Este propósito se concreta en los objetivos general y específicos del estudio con sus preguntas de investigación correspondientes. Las preguntas guían el diseño del estudio y los métodos para su desarrollo.

Se ha diseñado un estudio con un enfoque metodológico cualitativo partiendo de las herramientas propias de la Teoría Fundamentada. La estructura del diseño consta de dos fases. En la primera se han realizado entrevistas semiestructuradas a médicos de familia y a pacientes fumadores de distintos centros de salud. En la segunda fase se han realizado dos grupos focales, el primero de ellos con pacientes y el segundo con médicos y enfermeras de distintos centros de salud. El ámbito del estudio es la Comunidad Autónoma de Aragón y el escenario de las técnicas de recogida de datos lo constituye el centro de salud de cada participante.

Los resultados de esta investigación se han extraído mediante técnicas de análisis cualitativo de los datos recogidos cercanas al Análisis Temático. Se ha seguido una estrategia inicialmente deductiva partiendo de indicadores articulados a partir del marco conceptual permitiendo la emergencia de conceptos inductivos. Las categorías analíticas obtenidas estructuran el mapa de significados que desarrolla los resultados del estudio.

Los últimos tres capítulos recogen los resultados, la discusión y las limitaciones del estudio. Se detallan entre los resultados cuestiones relativas a la autonomía del paciente fumador, como las circunstancias que condicionan el inicio del hábito, la coacción de la dependencia y la importancia de la decisión del cese. Entre las cuestiones relacionados con la responsabilidad del profesional destacan el necesario compromiso del mismo para la intervención de calidad.

También se profundiza en la función modélica o ejemplar del profesional y en el papel que juegan los profesionales de enfermería. La distinta valoración ética que merecen la inhibición del profesional en este ámbito o el paternalismo frente al consejo y la intervención motivadora son desarrolladas en este capítulo. Por último se recogen las cuestiones relativas a la distribución de los recursos con aspectos emergentes como la función del Estado o la financiación de los medicamentos para la deshabituación del tabaco.

Entre las conclusiones se destaca que la legitimidad de la intervención del profesional frente al tabaquismo descansa sobre la confianza que el paciente deposita en él. El compromiso profesional que requiere la atención de calidad del paciente fumador debería promoverse explícitamente en los programas de formación en tabaquismo desde pregrado. La actitud ética que corresponde con ese compromiso se centra, desde la persuasión y la deliberación conjunta, en acompañar al paciente hacia la decisión de dejar de fumar. La justa distribución del tiempo y los recursos en la consulta del fumador radica en adaptar la intervención a las preferencias y la motivación para el cambio del paciente.





MARCO TEÓRICO

Capítulo 1. El tabaquismo, un problema de salud pública

Introducción al capítulo

El tabaquismo es la causa de enfermedad y muerte prematura más extensamente documentada en la historia de la investigación biomédica y la segunda causa de muerte actualmente a nivel global (Rodrigo Córdoba, 2015). En España la mortalidad atribuible al tabaquismo en el año 2012 fue superior a las 60.000 personas (Gutiérrez Abejón et al., 2015).

Se trata de un problema de salud pública de primera magnitud cuyas dimensiones requieren un atento estudio para conocer el problema en el que se centra este trabajo.

En este primer capítulo se abordan los aspectos más relevantes relativos al consumo de tabaco desde el enfoque de la salud pública. Se comenzará definiendo algunos conceptos básicos de la investigación en el marco del proceso histórico mediante el cual el problema del tabaco en el mundo ha alcanzado las proporciones de una auténtica epidemia global. Las consecuencias para la salud y la mortalidad causada por el consumo de tabaco ocupan la parte nuclear de este capítulo. Más allá del sufrimiento causado por la muerte y la enfermedad provocada por el tabaco se analizan los costes económicos y sociales del mismo. Finaliza el capítulo detallando las políticas de control que los organismos internacionales, europeos y nacionales han lanzado ya desde hace años para el control y la prevención de esta epidemia.

1.1 Algunos conceptos sobre el tabaco

En 1492 los marineros que acompañaban a Cristóbal Colón observaron cómo unos indígenas de la actual isla de Cuba inhalaban el humo de un “canuto” formado por las extrañas hojas de una planta desconocida para ellos. 150 años después de este hecho el tabaco se consumía por todo el mundo. Su rápida difusión y aceptación social por todo el planeta caracteriza la adicción a este producto de la planta *Nicotiana tobacum*. El tabaco procede de esta planta tropical del género de las solanáceas, de entre medio metro y tres metros de altura, originaria de América. Su nombre es etimológicamente incierto, aunque se acepta que viene de la palabra *tubaco*, cuyo significado es pipa indígena. El proceso de curado o secado de la hoja de la planta del tabaco permite la conservación de la nicotina, un alcaloide con efectos sobre el sistema nervioso y el aparato cardiovascular, responsable de la adicción al tabaco (Barrueco, Hernández, & Torrecilla, 2006).

El tabaquismo es el término con el que se denomina la “intoxicación crónica producida por el abuso del tabaco” (Real Academia Española, 1992, p. 1928). En este trastorno crónico juega un papel esencial la adicción a la nicotina, en cuyas bases neurobiológicas se profundizará en el siguiente capítulo. El tabaco puede consumirse sin necesidad de combustión en forma de rapé, o tabaco para mascar, cuyo uso es minoritario actualmente, o mediante la combustión del producto procesado de la hoja, en forma de cigarrillo, pipa o puro.

El cigarrillo americano se fabrica a partir de la mezcla de distintos tipos de tabaco a la cual se le somete a un proceso de *salseado*, durante el cual se le añade una serie de productos que matizan sus propiedades aromáticas y gustativas. Entre otras sustancias esta mezcla, cuya composición constituye un secreto industrial, está formada por cacao, miel, regaliz y resinas. Se estima que existen unos 700 aditivos de los cuales trece no están permitidos en los alimentos por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en

inglés) y cinco de ellos son considerados peligrosos. Algunos de estos aditivos, como los derivados del amoníaco, se añaden por parte de las compañías productoras del tabaco para aumentar el pH y con ello la absorción de la nicotina por parte del fumador, lo cual favorece la adicción.

Junto con el alquitrán (residuo sólido que se consigue al eliminar la nicotina y la humedad) y el agua, la nicotina supone la mayor parte de la fase de partículas del humo del cigarrillo. La fase gaseosa del mismo está formada entre otros gases por el monóxido de carbono (CO) que interfiere con el transporte y la utilización de oxígeno y cuya medición del nivel en sangre se ha utilizado como marcador bioquímico del consumo de tabaco. Existen sustancias iniciadoras y promotoras de la carcinogénesis en el humo del tabaco entre las que destacan los hidrocarburos aromáticos policíclicos, las aminas aromáticas y las nitrosaminas (Álvarez Gutiérrez, 2006).

La forma de consumo de los productos derivados del tabaco ha ido variando desde el punto de vista histórico. En el siglo XVIII se extendió la inhalación vía nasal del rapé o polvo de tabaco. El siglo XIX fue el del cigarro puro. El siglo XX contempló el crecimiento e invasión de los cigarrillos manufacturados que tienen su origen en 1865. La incorporación de los cigarrillos al rancho de los soldados durante la Primera Guerra Mundial y la generalización de su consumo entre las tropas aliadas durante la Segunda Guerra Mundial fueron determinantes para la difusión mundial de su consumo a lo largo del pasado siglo

A comienzos del siglo XXI casi un tercio de la población adulta del planeta ya era consumidora de tabaco. Por esta razón aunque el ser humano ha consumido tabaco desde hace siglos sus efectos nocivos sólo se han comprobado cuando la intensidad y profusión del mismo se han disparado, como lo ha hecho en los últimos cien años (Álvarez Gutiérrez, 2006).

1.2 Epidemiología del tabaquismo

1.2.1 Consecuencias para la salud derivadas del tabaquismo.

El consumo de tabaco es la causa de enfermedad y muerte prematura más extensamente documentada en la historia de la investigación biomédica (Rodrigo Córdoba, 2015). Supone la “segunda causa de muerte a nivel global y la primera causa prevenible de muerte, enfermedad y discapacidad en las sociedades industrializadas” (Martín Zurro, Cano, & Gené, 2014, p. 272)

Tras los primeros estudios que relacionaron claramente el consumo de tabaco con el cáncer de pulmón en la década de 1950 (Doll & Hill, 1999) las evidencias científicas que establecen el tabaquismo como causa de enfermedad y muerte no han dejado de multiplicarse. La relación causal entre consumo de tabaco y enfermedad ha llegado a marcar el desarrollo de la propia epidemiología como disciplina científica (Alberg, Shopland, & Cummings, 2014). Hoy sabemos que la mortalidad de los fumadores activos es de dos a tres veces mayor que la de quienes nunca han fumado (Carter et al., 2015) por lo que un 40% de los fumadores morirá prematuramente a causa del tabaco (Gutiérrez Abejón et al., 2015). Los fumadores acortan su expectativa de vida en más de 10 años de media debido a su exceso de riesgo derivado del consumo de tabaco (Alberg et al., 2014).

Es crítico abandonar el tabaco cuanto antes. Dejarlo antes de los 40 años reduce el riesgo de muerte en un 90%, hacerlo a los 60 tan solo lo reduce en un 40%. Reducir, sin abandonar el número de cigarrillos consumidos no supone un impacto significativo porque el patrón de consumo tiende a compensar la reducción inhalando mayor cantidad de humo (Rodrigo Córdoba, 2015).

Hoy existen en todo el mundo más de 1000 millones de consumidores de tabaco en sus diversas formas según la última edición del Atlas del Tabaco (Eriksen, Mackay, Schluger, Islami,

& Drope, 2015) presentado durante la 16ª Conferencia Mundial sobre tabaco y salud. Un tercio de todos los varones mayores de 15 años (820 millones) y 176 millones de mujeres mayores de 15 años, son consumidores habituales de tabaco. Es obligado realizar un análisis de los países y regiones en las que se localizan la mayor parte de los fumadores. El 80% de los fumadores viven en países de ingresos medios y bajos. Son estos países localizados en el Este de Europa, Centro y Sudamérica y Asia los que van a experimentar las peores consecuencias de esta epidemia en los próximos años.

Según los últimos informes de la Organización Mundial de la Salud el tabaco produce la muerte de aproximadamente 6 millones de personas cada año en el mundo y pérdidas económicas valoradas en más de 450.000 millones de euros (World Health Organization, 2013). Se trata por tanto de una auténtica epidemia global con importantes efectos sobre la mortalidad, la morbilidad y con importantes repercusiones sobre la economía de los sistemas sanitarios.

Recientemente se ha publicado el Informe de la Dirección General de los Servicios de Salud de los Estados Unidos que desde hace 50 años revisa periódicamente la evidencia disponible sobre consecuencias del tabaquismo para la salud (US Department of Health and Human Services, 2014). En el mismo se aprecia que las principales enfermedades derivadas del consumo de tabaco son las relacionadas con el cáncer de múltiples localizaciones, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), y las enfermedades cardiovasculares.

Estas enfermedades más intensamente relacionadas con el consumo de tabaco merecen un análisis más detallado. La evidencia de la relación entre el consumo de tabaco y el cáncer de pulmón se apoya en numerosos estudios retrospectivos y prospectivos gracias a los cuales se sabe que la curva de mortalidad por cáncer de pulmón es paralela a la del consumo de tabaco con un lapso de tiempo de unos 35 años. En todos los estudios prospectivos se ha evidenciado una

importante reducción del riesgo de sufrir esta enfermedad tras el abandono del tabaco. Todos los tipos histológicos de cáncer de pulmón se han relacionado principalmente con el consumo de tabaco.

El tabaco es el principal factor causal de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. En nuestro país la mortalidad por esta enfermedad es, de media, 10 veces superior en fumadores que en no fumadores y habitualmente precedida de insuficiencia respiratoria crónica. El abandono del tabaco reduce la mortalidad en ex fumadores y mejora su función pulmonar hasta igualarse a la de los no fumadores.

El factor de riesgo más importante de coronariopatía es el tabaco. La mortalidad por cardiopatía isquémica es un 70% mayor en los fumadores que en los no fumadores y el riesgo coronario es dos veces mayor en los primeros respecto a los segundos. En las mujeres fumadoras el riesgo de cardiopatía isquémica es similar al de los varones (Córdoba & Sanz Andrés, 2014).

Si hasta ahora se habían establecido formalmente 21 enfermedades causadas por el consumo de tabaco Carter et al. (2015) concluyen que al menos diez enfermedades más están relacionadas con el mismo, por lo que la carga de morbilidad conocida es mayor de lo que se creía. En la Figura 1 se recogen estas enfermedades relacionadas causalmente con el consumo del tabaco tal como se detalla en el informe de la Dirección General de los Servicios de Salud de los EEUU.

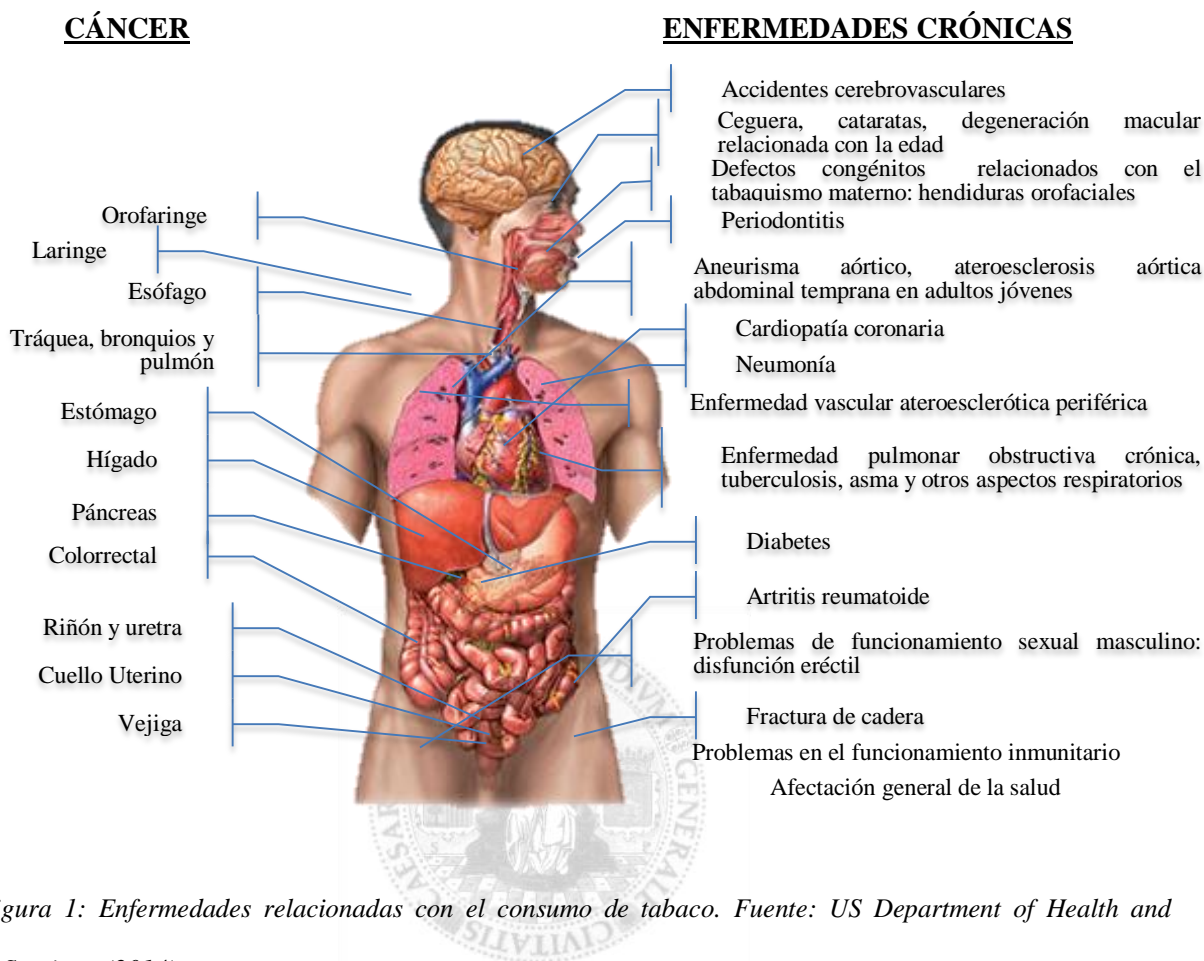


Figura 1: Enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. Fuente: US Department of Health and Human Services (2014)

El consumo de tabaco en las mujeres afecta también a su capacidad reproductiva. Está comprobado que puede retrasar la concepción y causar diversos problemas en el feto. Los recién nacidos de madres que fumaron durante el embarazo pesan un promedio de 200-250 g menos que los de las madres que no fuman. También los riesgos de aborto espontáneo, embarazo y parto complicados, prematuridad y muerte perinatal están aumentados. El riesgo de muerte súbita en el lactante nacido de una madre fumadora también es mayor (Córdoba & Sanz Andrés, 2014).

Mención aparte merece el capítulo de la morbilidad producida por el humo del tabaco. Se trata del contaminante ambiental producido por el hombre que más muertes causa. El tabaquismo pasivo está relacionado causalmente con los accidentes cerebrovasculares, la cardiopatía isquémica, el cáncer de pulmón, los problemas para la reproducción y el feto (bajo peso al nacer) y la irritación nasal en adultos. Más grave resulta constatar los efectos probados del tabaco sobre la salud de los niños. Como se muestra en la Figura 2 estos son el síndrome de muerte súbita del lactante, los problemas del oído medio y los problemas respiratorios de vías altas y bajas (Alberg et al., 2014).

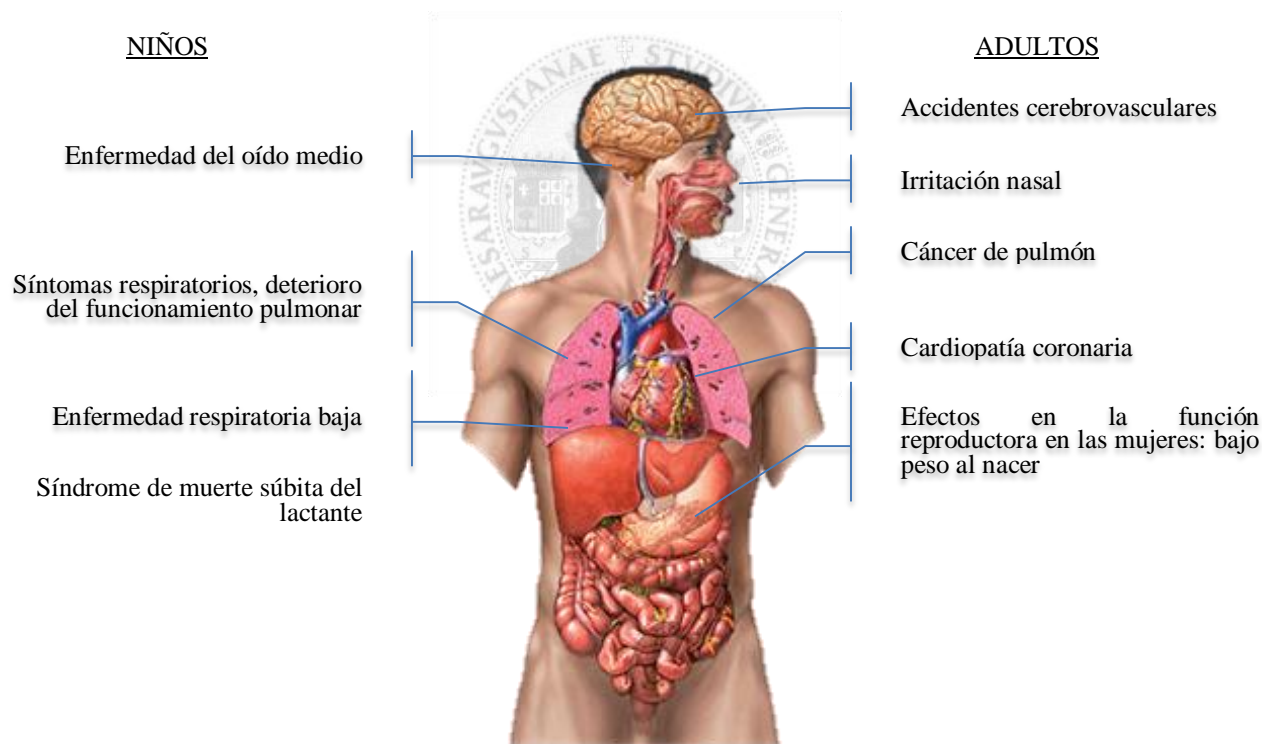


Figura 2. Consecuencias para la salud vinculadas causalmente a la exposición al humo de segunda mano.

Fuente: US Department of Health and Human Services (2014)

1.2.2 Morbimortalidad atribuible al tabaquismo en España.

También en nuestro país el tabaquismo constituye un grave problema de salud pública. Según el estudio de Gutiérrez Abejón et al. (2015) el tabaco provocó en España 60456 muertes en 2012. El 15,23% de las muertes ocurridas en ese año son atribuibles al tabaco. En la Tabla 1 se recogen los porcentajes de fumadores, ex fumadores y no fumadores que arroja la Encuesta Nacional de Salud procedentes del año 2012. La Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) constituye el principal referente nacional sobre datos de consumo de tabaco en nuestro país. Se trata de una investigación sobre el estado de salud y los factores determinantes del mismo desde la perspectiva de los ciudadanos y proporciona información sobre aspectos como la morbilidad percibida, los hábitos de vida, las conductas relacionadas con los factores de riesgo, la utilización de los servicios sanitarios y prácticas preventivas.

En la última década, la prevalencia del tabaquismo en España ha ido disminuyendo. En la ENSE del año 2003, la prevalencia total de personas que afirman fumar a diario en la población española de 16 años o más fue del 28,1%. En la ENSE correspondiente a 2006 la prevalencia descendió hasta el 26,4% para fumadores diarios. Los datos más recientes, pertenecientes a la ENSE del año 2011-2012, muestra una prevalencia total de tabaquismo en la población española de 15 o más años del 23,63%. En las Tablas 1 y 2 se detallan los datos de esta última encuesta.

Tabla 1. Prevalencia del tabaquismo en España según edad y sexo. Datos expresados en porcentaje. Tomado de Gutiérrez Abejón (2015) y partiendo de datos de la ENSE 2012.

Grupos de edad	Sexo	Fumadores	Exfumadores	No fumadores
18-34	Varón	36,47	10,38	53,15
	Mujer	30,21	12,72	57,07
	Ambos sexos	33,24	11,59	55,18
35-64	Varón	33,33	29,43	37,24
	Mujer	26,25	18,63	55,12
	Ambos sexos	29,71	23,91	46,38
≥ 65	Varón	12,81	49,22	37,97
	Mujer	2,76	5,01	92,23
	Ambos sexos	6,52	21,55	71,92

Tabla 2. Prevalencia del tabaquismo en España según sexo. Datos expresados en porcentaje. Tomado de Gutiérrez Abejón (2015) a partir de datos de la ENSE de 2012.

Sexo	Fumadores	Exfumadores	No fumadores
Varón	29,03	30,33	40,63
Mujer	19,10	13,01	67,89
Ambos sexos	23,62	20,88	55,50

Las cifras de mortalidad atribuible a los distintos procesos relacionados con el tabaco se detallan en la Tabla 3. Por sexo, a causa del tabaco fallecieron 45.669 varones y 14.787 mujeres, lo que supuso un 22,6% del total de fallecimientos en varones y un 7,6% en mujeres, respectivamente. En función de las diferentes enfermedades seleccionadas, la mayor mortalidad atribuible al consumo de tabaco se debió al cáncer de tráquea-bronquios-pulmón, con el 30,5% del total de muertes atribuibles, seguido de la EPOC, con el 22,1%. Un tercio de las muertes observadas en varones corresponde a la enfermedad neoplásica de tráquea-bronquios-pulmón, mientras que en el caso de las mujeres casi un tercio de las muertes están asociadas a otras cardiopatías.

Tabla 3. Fracción poblacional de mortalidad atribuible y mortalidad atribuible al tabaquismo en España en el año 2012. Tomado de Gutiérrez Abejón (2015)

Causa de la muerte	Fracción poblacional de mortalidad atribuible		Mortalidad atribuible			
	Varones	Mujeres	Varones		Mujeres	
Neoplasias			22.918	50,18%	4.181	28,28%
<i>Tracto aerodigestivo superior</i>	0,76	0,52	3.534	7,74%	452	3,05%
<i>Tráquea, bronquios, pulmón</i>	0,89	0,71	15.739	34,46%	2.698	18,25%
<i>Páncreas</i>	0,28	0,22	884	1,94%	621	4,20%
<i>Cérvix</i>	Nad	0,12	Nad		77	0,52%
<i>Vejiga urinaria</i>	0,47	0,27	2.042	4,47%	249	1,68%
<i>Riñón, otro en tracto urinario</i>	0,41	0,10	720	1,58%	85	0,57%
Enfermedades cardiovasculares			10.886	23,84%	6.672	45,12%
<i>Cardiopatía isquémica</i>						
<i>35-64 años</i>	0,42	0,39	1.550	3,39%	294	1,99%
<i>≥ 65 años</i>	0,14	0,04	2.251	4,93%	526	3,55%
<i>Enfermedades cerebrovasculares</i>						
<i>35-64 años</i>	0,32	0,45	414	0,91%	288	1,95%
<i>≥ 65 años</i>	0,06	0,03	672	1,47%	428	2,89%
<i>Enfermedad arterial</i>	0,53	0,34	1.619	3,55%	789	5,33%
<i>Otras cardiopatías</i>	0,22	0,13	4.379	9,59%	4.348	29,41%
Enfermedades respiratorias			11.865	25,98%	3.934	26,61%
<i>EPOC</i>	0,84	0,74	10.453	22,89%	2.903	19,63%
<i>Otras enfermedades respiratorias</i>	0,28	0,18	1.411	3,09%	1.032	6,98%
			45.669		14.787	

En España, como en otros países desarrollados, se está produciendo un cambio en el hábito tabáquico según el sexo: el tabaquismo disminuye entre los varones y se incrementa entre las mujeres, sobre todo en las más jóvenes. Este comportamiento de la epidemia de tabaquismo en nuestro país es explicable según el modelo que se detalla en el siguiente apartado.

Esta tendencia se puede observar contrastando los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2012 con la previa del año 2006. Según el análisis comparado que realiza el citado Gutiérrez Abejón et al. (2015) la prevalencia del consumo de tabaco en el grupo de edad de 35 o menos años ha aumentado ligeramente en varones (36,47 frente a 32,69%) y ha sufrido un gran aumento en mujeres (30,21 frente a 19,59%). En la población de 35 a 64 años ha disminuido en varones

(33,33 frente a 38,69%) y se ha mantenido estable en mujeres (26,25 frente a 27,27%). En la población de más de 65 años ha disminuido en varones (12,81 frente a 15,39%) y se ha mantenido estable en mujeres (2,76 frente a 3,07%).

En resumen, el tabaquismo en nuestro país origina más muertes que el sida, el alcohol, las drogas ilegales y los accidentes de tráfico juntos. Los datos expuestos revelan la gravedad del problema que supone el consumo de tabaco, tanto a nivel mundial como en nuestro país. El hecho de que la prevalencia de su consumo esté disminuyendo en la última década en nuestro país no permite a las autoridades sanitarias relajar los esfuerzos por controlar esta epidemia.

1.2.3 Modelo teórico de la epidemia del tabaquismo.

Hoy está aceptado que el problema del tabaquismo a nivel mundial adquiere las características de una auténtica epidemia. Desde comienzos del siglo XX los países occidentales, en primer lugar, y el resto de los países del mundo posteriormente han sido testigos de una propagación del consumo de tabaco propia de una epidemia. Resulta de interés destacar que el tabaquismo y su carga de enfermedad y mortalidad reúnen las características de una epidemia, no sólo porque provoca un número de casos superior al esperable en un determinado periodo de tiempo, sino porque además su difusión sigue las fases clásicas de expansión, estabilización y remisión.

El modelo de difusión de la epidemia de tabaquismo fue propuesto por López (1994) partiendo de la experiencia de décadas de consumo en los países occidentales. En su modelo López habla de cuatro fases epidémicas a la luz de los datos de consumo y mortalidad estratificados por sexo. No describe la experiencia concreta de ningún país sino que elabora una categorización general de sus fases para elaborar su modelo teórico. Un aspecto interesante es

que al tratarse de un problema muy relacionado con el comportamiento, aspectos culturales, sociales y de otro tipo pueden hacer que en un país o población concreta el tipo de expansión del tabaquismo no se adapte a este modelo teórico.

Se detallan a continuación las cuatro etapas de este modelo:

Fase I o de inicio. La primera etapa define el comienzo de la epidemia en una población, cuando la prevalencia es baja en el caso de los hombres (menor del 15%) aunque superior a la de las mujeres, que raramente alcanza el 10%, debido a los valores socioculturales contrarios al tabaquismo femenino. La mortalidad atribuible al tabaco no es todavía evidente en esta fase, con una incidencia de cáncer de pulmón comparable a las poblaciones no fumadoras. López señaló que esta etapa podía ser relativamente corta, de una o dos décadas de duración, agotándose a medida que el consumo de tabaco aumentara su grado de aceptabilidad social.

Fase II o de incremento. Durante la segunda etapa, de una duración aproximada de dos o tres décadas, el consumo sigue aumentando rápidamente entre los hombres, en quienes alcanzan valores pico entre un 50% y un 80% de prevalencia. Por su parte, la proporción de ex fumadores es todavía muy baja. En las mujeres, se observa un retraso temporal de unos veinte años respecto al comportamiento de los hombres, aunque se incrementa de forma relevante durante esta fase. Según López, en esta fase la prevalencia del consumo es similar en todos los grupos socioeconómicos y, si acaso, ligeramente superior entre las clases superiores. Las políticas de control del tabaquismo son esporádicas e inconexas, debido en parte a que todavía los riesgos del tabaco no están claramente descritos. Al final de esta etapa, el tabaco provocaría ya el 10% de las muertes en los hombres, aunque muchas menos en mujeres, y el cáncer de pulmón se habría ya multiplicado por diez en el caso de los hombres.

Fase III o de inicio del declive. El consumo comienza a disminuir en los hombres hasta alcanzar una prevalencia de alrededor del 40% al final de esta tercera etapa, que tendría una duración de unas tres décadas. El consumo tiende a ser inferior entre los hombres de edades intermedias y mayores, muchos de los cuales han pasado a ser ex fumadores. Un aspecto destacable de esta tercera etapa es que, coincidiendo con su finalización, se comienza a observar un descenso en el consumo de las mujeres tras un periodo de estabilidad, que se habría podido alargar más que en el caso de los hombres. Debido a que en esta fase las consecuencias asociadas al tabaquismo serían ya conocidas, el pico observado en las mujeres no habría alcanzado al de los hombres, con prevalencias no superiores al 35-45%.

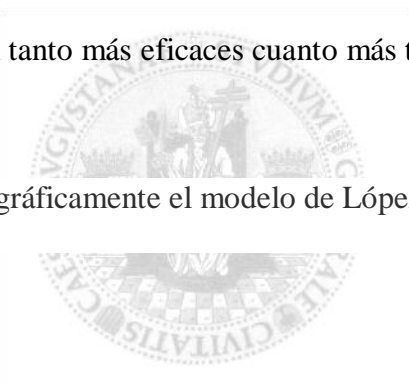
La edad constituye una variable de gran relevancia en las diferencias observadas en las mujeres. Así, mientras que entre las mujeres jóvenes, el consumo puede ser del 40-50%, éste se reduce a menos del 10% en las mujeres mayores. En este momento de la transición de la epidemia, la prevalencia masculina es sólo ligeramente superior a la femenina, de alrededor de cinco puntos porcentuales. En relación a la distribución socioeconómica, López apunta a que debido a la mejor respuesta de las personas de mayor nivel de estudios ante las campañas de promoción de la salud, el descenso será mayor entre los grupos socialmente más favorecidos. Una de las características más reseñables de esta etapa es el rápido aumento de la mortalidad atribuible al tabaco, que se incrementaría un 10% a un 25-30% en tres décadas. En el caso de las mujeres, las muertes debidas al tabaco son aún escasas, de alrededor de un 5%.

Fase IV o de concienciación. En la última etapa la prevalencia de tabaquismo continúa descendiendo lentamente en ambos sexos de forma más o menos paralela, hasta situarse en un 30-35% en las mujeres y algo más en los hombres. La mortalidad atribuible al tabaco toca su techo en esta fase entre los hombres, con alrededor del 35% del total de las muertes, para ir

descendiendo paulatinamente. Por el contrario, en el caso de las mujeres la mortalidad ligada al tabaco aumenta de forma relevante, si bien debido a su menor exposición acumulada en comparación con los hombres, ésta alcanzará un pico de un 20-25% unos veinte años después. Posteriormente, se esperaría que esta cifra también fuera reduciéndose. En relación a las desigualdades sociales, éstas, afirma López, se mantendrían o incluso aumentarían, debido a la progresiva concentración del consumo entre los grupos más desfavorecidos.

Lo más interesante de este modelo es que evidencia la existencia de una cadencia de entre tres y cuatro décadas entre el ascenso de la prevalencia de tabaquismo y su el aumento en la mortalidad atribuible al mismo. Este hecho tiene mucha importancia para elaborar políticas de control del tabaquismo que serán tanto más eficaces cuanto más tempranas, es decir en la primera fase del modelo de López.

En la Figura 3 se representa gráficamente el modelo de López en sus cuatro fases



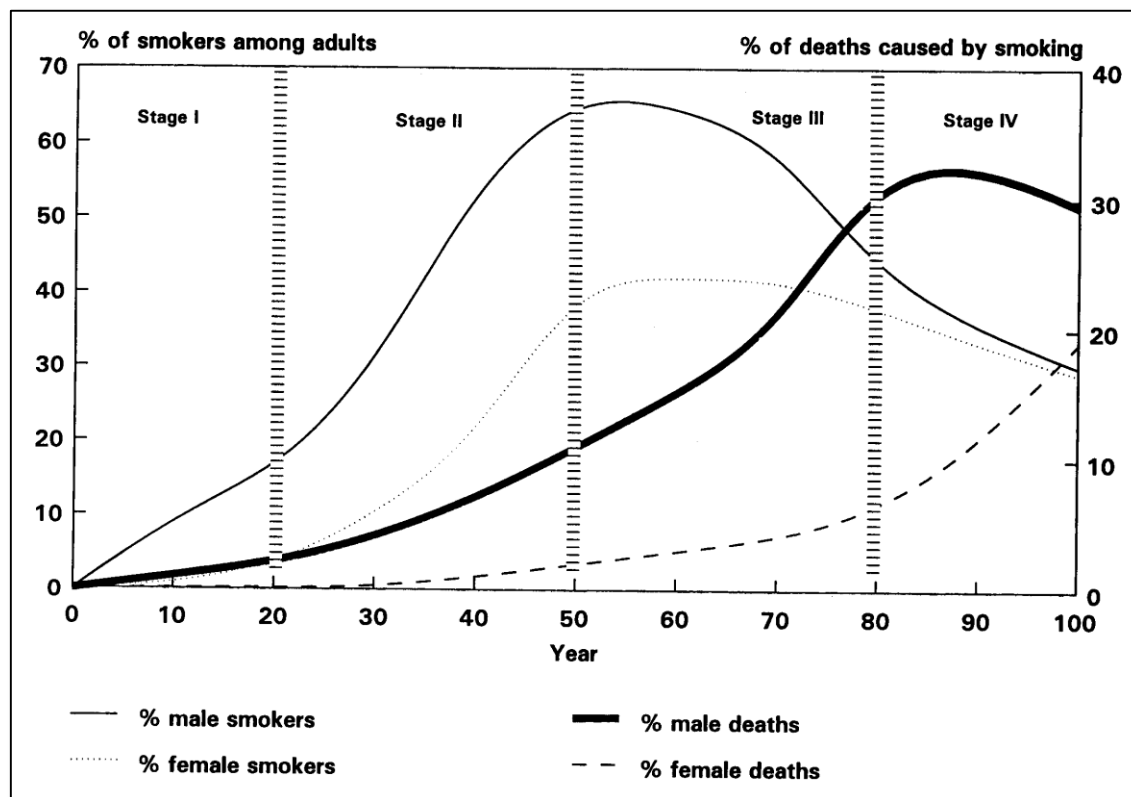


Figura 3. Distribución de fumadores y mortalidad relacionada con el tabaco en un país a lo largo del tiempo.

Tomado de López et al. (1994).

Según este modelo España se encontraría actualmente en la transición entre las fases III y IV y muchos de los países más avanzados ya estarían en la última de las fases (Rodrigo Córdoba, 2015). Este análisis es importante de cara a la adaptación de las políticas de salud pública a la realidad de la epidemia en un entorno concreto para tratar de conseguir resultados en términos de reducción de la morbilidad y mortalidad.

Estas políticas también deben contemplar aspectos que afectan al espacio concreto de la consulta en la que se encuentran el médico de familia y el paciente fumador. Por ello es necesario

explorar el problema del tabaquismo desde el punto de vista de la salud pública en sus diferentes dimensiones.

1.3 Los costes del tabaquismo más allá de la salud

1.3.1 Costes económicos derivados del tabaquismo.

Este es uno de los aspectos sobre los cuales existe controversia dado que, si bien es evidente que el tabaquismo supone unos tremendos costes sanitarios directos e indirectos, hay quienes contrastan ese dato con el ahorro en gastos sociales, como las pensiones que generan los fumadores por su muerte prematura. Los más recientes estudios concluyen que comparados uno y otro capítulo el consumo de tabaco sale muy caro para los sistemas sanitarios y para la sociedad en general.

El cálculo de los costes totales derivados del tabaquismo requiere tomar en cuenta los costes sanitarios directos, los indirectos, los costes de limpieza y mantenimiento y los costes derivados de la pérdida de productividad laboral. Se estima que el consumo de un paquete de cigarrillos al día aumenta el número de días de convalecencia de un trabajador y multiplica por dos el número de días de incapacidad laboral transitoria (Córdoba & Sanz Andrés, 2014).

Según el Banco Mundial los costes sanitarios derivados del tabaquismo suponen entre un 6% y un 15% coste sanitario global (Rodrigo Córdoba & Samitier, 2009; Max, 2001). Se estima que un fumador pierde de media 10 años de vida y otros tantos años de vida saludable (Doll, Peto, Boreham, & Sutherland, 2004). Estas pérdidas suponen un coste económico a lo largo de la vida de un fumador superior a 100.000 dólares (Sloan, 2004). Una reciente revisión concluye que los costes económicos derivados del tabaquismo superan ampliamente a los posibles beneficios, al

menos en términos de resultados socialmente deseables como son la salud poblacional o la mano de obra productiva (Ekpu & Brown, 2015).

En España según el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), los costes sanitarios (no se habla de costes indirectos o no sanitarios) generados por el consumo de tabaco durante 2010 fueron de 7.695,29 millones de euros por las cinco principales enfermedades relacionadas con el tabaco. Los costes empresariales fueron de 8.781,88 millones de euros y se obtuvieron sumando los costes derivados del absentismo laboral, la pérdida de productividad por el consumo de tabaco en el lugar de trabajo y los costes adicionales de limpieza y conservación (CNPT, 2010). De los estudios citados se deduce que el coste económico directo e indirecto derivado del consumo de tabaco para la sociedad española es realmente preocupante.

1.3.2 El tabaquismo como factor de desigualdad social y pobreza.

El impacto del tabaquismo y sus consecuencias sobre la salud y la capacidad económica de los fumadores se concentra en las clases sociales más empobrecidas. Son varios los factores que contribuyen a este desigual reparto del daño producido por el tabaco. Por un lado la tasa de inicio al consumo de tabaco en la adolescencia presenta un marcado gradiente social, tanto en hombres como en mujeres, ya que la prevalencia del tabaquismo más alta se encuentra en los individuos con menor nivel de estudios y la más baja en varones con estudios universitarios. Además las tasas de abandono del consumo de tabaco son más altas en los grupos socioeconómicos más favorecidos. Si la probabilidad de abandono del tabaquismo sin ayuda es baja en la población fumadora en general, dejar de fumar es más difícil para aquellas personas que viven en condiciones materiales adversas que, frecuentemente además, tienen que hacer frente a acontecimientos estresantes de la vida.

En resumen “todos los datos apuntan a que el tabaquismo incrementa las desigualdades sociales en salud, ya que se va concentrando en poblaciones con ingresos y niveles educativos bajos” (Camarelles et al., 2013, p. 272.e2).

Algunos estudios de ámbito nacional confirman que el tabaquismo en los últimos años se está concentrando en los sectores de población más desfavorecidos, lo cual suele suceder en los países que experimentan la última fase de la epidemia de tabaquismo según el modelo desarrollado por López (Bacigalupe, 2012). Si se considera el elevado impacto sobre la morbilidad y mortalidad que genera el tabaquismo se puede comprender que la mayor prevalencia e incidencia del consumo sobre los sectores con peores condiciones socioeconómicas contribuye a aumentar y cronificar esta desigualdad social. Se genera así un círculo vicioso según el cual el tabaquismo provoca mayor empobrecimiento y esta pérdida de capacidad económica favorece la iniciación en el tabaquismo y dificulta su abandono.

A nivel global la epidemia está aún en sus primeras fases en países con rentas medias y bajas por lo que se espera que sean estos países los que experimenten mayor empobrecimiento como consecuencia del consumo de tabaco en las próximas décadas.

La relación entre tabaco y pobreza es sólida según organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2013) o la Sociedad Americana del Cáncer (Eriksen et al., 2015). En ciudades como Nueva York una familia con baja renta puede llegar a gastar el 20% de sus ingresos en tabaco. El coste de los cigarrillos es mucho mayor, proporcionalmente, para los grupos sociales con peor situación económica. Además el coste sanitario y no sanitario derivado del tabaquismo, como se ha detallado en el capítulo anterior viene a empobrecer aún más a las personas, grupos y sociedades más pobres.

1.4 Políticas de control público y prevención del tabaquismo

1.4.1 El tabaquismo en la agenda de la Organización Mundial de la Salud.

El problema del tabaquismo reúne las características propias de una epidemia, como se ha tratado de detallar en las páginas precedentes. De hecho es común encontrar la expresión “epidemia del tabaquismo” en los documentos oficiales de organismos internacionales cuya misión es promover la salud, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), o de los departamentos o ministerios encargados de ese mismo fin por los estados o gobiernos, como es el caso del Ministerio de Sanidad. Es por ello que el control de la epidemia de tabaquismo está en la agenda actual de organismos internacionales relacionados con la protección de la salud y de numerosos gobiernos.

En 2005 entró en vigor el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS ratificado, aceptado o aprobado por 168 estados miembros, entre ellos el español y la Unión Europea (Organización Mundial de la Salud, 2003, p. 6). En el mismo se afirma la “necesidad de establecer desde el firme compromiso político internacional, nacional y regional medidas multisectoriales integrales y coordinadas para prevenir el inicio, promover y apoyar el abandono y lograr una reducción del consumo del tabaco en cualquiera de sus formas”. Este Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS es el referente internacional para el desarrollo de políticas de salud pública con el objetivo de proteger contra la exposición al humo del tabaco a la población y limitar la oferta y la demanda de productos relacionados con el tabaco mediante el desarrollo de medidas legislativas, administrativas, educativas y sanitarias.

La misma OMS en 2008 lanzó el plan MPOWER para ayudar a los países firmantes del citado convenio a aplicar una serie de medidas eficaces para reducir la demanda. Esta estrategia recibe su nombre de las medidas en las que se basa, que son las siguientes:

- *Monitor*: Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención.
- *Protect*: Proteger a la población del humo del tabaco.
- *Offer*: Ofrecer ayuda para el abandono del tabaco.
- *Warn*: Advertir de los peligros del tabaco.
- *Enforce*: Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad y patrocinio del tabaco.
- *Raise*: Aumentar los impuestos al tabaco.

En línea con esta estrategia la OMS publica informes anuales sobre la situación de la epidemia de tabaquismo a nivel mundial enfatizando distintos aspectos relacionados con las medidas políticas necesarias para controlarla a nivel mundial. (World Health Organization, 2003)

1.4.2 Marco legal español para el control del tabaquismo.

El problema del tabaquismo con su gran impacto sobre la salud de la población a nivel mundial requiere, como se ha visto, un abordaje multidisciplinar impulsado y coordinado desde instancias institucionales en el plano internacional, nacional y regional. Por otro lado, es preciso delimitar el marco legal nacional en el cual se desarrolla esta investigación dado que ello condiciona el espacio político, social y la asistencia sanitaria en los cuales se desarrolla la vida y el discurso de profesionales y pacientes.

La Constitución Española reconoce en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud, y encomienda en su apartado 2 a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas. Para contribuir a la efectividad de este derecho, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, estableció la obligación de las Administraciones públicas sanitarias de orientar sus actuaciones prioritariamente a la promoción de la salud y la prevención

de las enfermedades, evitar las actividades y productos que, directa o indirectamente, puedan tener consecuencias negativas para la salud y regular su publicidad y propaganda comercial.

La regulación sobre el tabaco en España estaba marcada por la dispersión y la falta de carácter sistemático hasta la aprobación de la ley 28/2005 de 26 de diciembre, que en el ámbito nacional es la primera que viene a recoger todos los aspectos relativos a la venta, suministro, consumo y publicidad de los productos derivados del tabaco.

El 1 de Enero de 2011 entra en vigor la ley 42/2010, de 30 de diciembre por la que se modifica la ley 28/2005 de 26 de diciembre, sobre medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, suministro y consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Las medidas que recogen estos dos textos están en sintonía con las actuaciones previstas en la Estrategia Europea para el Control del Tabaquismo 2002 de la Región Europea y con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco del cual se ha hablado anteriormente. Con esta regulación se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2003/33/CE del Parlamento Europeo y del Consejo Europeo, de 26 de mayo de 2003, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de publicidad y de patrocinio de los productos del tabaco.

La ley 42/2010 se articula en cinco capítulos, dedicados respectivamente a la regulación de las disposiciones generales, las limitaciones a la venta, suministro y consumo de los productos del tabaco, la regulación de su publicidad, promoción y patrocinio, medidas de prevención del tabaquismo, de promoción de la salud y de facilitación de la deshabituación tabáquica, así como el régimen de las infracciones y sanciones (Ley 42/2010, 2010). Las principales medidas que incorpora este texto son la prohibición de fumar en cualquier espacio cerrado abierto al público así como en el entorno de centros sanitarios, la prohibición de toda publicidad o promoción de

productos del tabaco y la promoción de medidas para favorecer la prevención y deshabituación en el ámbito educativo y sanitario.

En Octubre de 2013 se presentó en las Cortes Generales un Informe de evaluación del impacto sobre la salud pública de la Ley 42/2010 en cumplimiento de una disposición adicional de la misma. Los resultados del mismo permiten explorar las principales objetivos que persigue la legislación vigente en nuestro país. En primer lugar constatan una reducción de la prevalencia de consumo de tabaco en adultos mayores de 15 años que fue del 27% en comparación con la de 2009 que fue del 29,9%. El gradiente de mayor consumo en las clases más desfavorecidas se mantiene en este mismo período pero la proporción de abandono aumentó un 42% según este informe. En relación con la exposición al humo ambiental del tabaco el informe documenta una drástica reducción de la contaminación por este humo en locales de hostelería. También se aprecia en este informe una reducción de las tasas de ingreso por infarto agudo de miocardio, cardiopatía isquémica y asma en 2011, año en que entra en vigor la nueva ley. La aceptación media de los ciudadanos en 2012 de esta medida subió respecto al año anterior. Y lo que resulta más interesante de cara a nuestro estudio, aumentó la demanda de los ciudadanos para dejar de fumar, lo cual se tradujo en un mayor esfuerzo de las Comunidades Autónomas para atender la demanda mediante servicios de deshabituación desde los centros de Atención Primaria, los servicios especializados y nuevos planes de ayuda presenciales o telemáticos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013)

1.5 Resumen del capítulo

En el presente capítulo se ha expuesto la problemática del tabaquismo desde el punto de vista de la salud pública. Se ha comenzado definiendo conceptos básicos del presente trabajo

expuestos a lo largo de un breve recorrido histórico para comprender los factores que han contribuido a la actual difusión del consumo de tabaco en todo el mundo. Seguidamente se ha detallado la magnitud de la actual epidemia del tabaquismo mediante los datos de prevalencia y de morbilidad derivados del consumo de tabaco. El modelo teórico por el que se comporta en la mayor parte de los países esta epidemia ha ocupado el siguiente apartado de este capítulo. A continuación se ha revisado el enorme impacto económico que supone el consumo de tabaco así como la relación que su consumo tiene con la pobreza y la desigualdad social. Las políticas para el control de esta epidemia que los organismos internacionales competentes han lanzado han servido como base para detallar el marco legal regulador de todos los aspectos relativos al tabaco en nuestro país.

En el próximo capítulo se centra la atención en el ámbito de la Atención Primaria como espacio en el que se va a procurar la atención clínica habitual al paciente fumador y sobre el cual recae la responsabilidad principal de la intervención médica frente al tabaquismo.

Capítulo 2. El tabaquismo en Atención Primaria

Introducción al capítulo

Las consecuencias para la salud pública de las que se ha hablado en el capítulo anterior no son experimentadas personalmente por cada fumador, sin embargo tras años de tabaquismo es muy probable que toda persona se vea obligada a consultar con su médico de familia por problemas derivados del consumo de tabaco. Esa accesibilidad le confiere a la Atención Primaria en general y al médico de familia en particular una oportunidad y una responsabilidad destacada en el abordaje del tabaquismo, una actividad preventiva de primer orden. En este capítulo se profundiza en la intervención que los profesionales de Atención Primaria están llamados a realizar para ayudar al fumador a abandonar el tabaco. Para ello se abordan aspectos relativos a los mecanismos por los que la nicotina genera la adicción en un primer momento. Tras recoger las recomendaciones actuales sobre el manejo del tabaquismo en la consulta se destacan los aspectos relativos a la motivación del paciente, secreto del éxito, sobre la que debe tratar de actuar el profesional mediante las técnicas cuya efectividad está basada en la evidencia.

2.1 Razón de ser de la Atención Primaria

La Atención Primaria (AP) es definida en la Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata (Kazajistán) en 1978 como:

“La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (Organización Mundial de la Salud, 1978, p. 3)

Desde esta larga y densa definición de 1978 hasta hoy la Atención Primaria ha experimentado importantes cambios, como también lo han hecho los propios sistemas de salud de los cuales forma parte esencial. El desarrollo tecnológico creciente, la subespecialización y el papel central del hospital dentro del sistema sanitario son tres de los elementos que definen la realidad de la medicina en nuestro contexto en las décadas posteriores a Alma-Ata. Aún hoy el sistema sanitario sigue dirigiendo sus esfuerzos hacia el perfeccionamiento de los medios diagnósticos y terapéuticos precisos para el abordaje de las patologías establecidas, prestando poca o nula atención a su prevención y a la conservación y promoción de la salud, tanto desde la perspectiva individual como colectiva (Organización Mundial de la Salud, 1978)

Se puede entender la AP desde distintas perspectivas siguiendo a H. Vuöri (1983) como un conjunto de actividades, como un nivel de asistencia, como una estrategia de organización de los servicios sanitarios y como una filosofía. Cada una de estas perspectivas precisa de un análisis detallado si bien resulta especialmente interesante detenerse en alguna de ellas.

La AP supone el primer nivel asistencial, es decir, el primer punto de contacto individual y comunitario con el sistema sanitario. La AP entendida como estrategia de organización de los servicios sanitarios hace referencia a la necesidad de que estos estén diseñados y coordinados para poder atender adecuadamente a toda la población desde la accesibilidad para proporcionar los cuidados necesarios. Esta estrategia organizativa favorece en el país o población en la cual se pone en marcha una adecuada redistribución de los recursos (humanos, materiales y financieros) empleados en el sistema sanitario (Martín Zurro et al., 2014). Se ha demostrado que existe una relación clara entre la intensidad de la estrategia de Atención Primaria puesta en marcha en un país y la existencia de mayores niveles de salud con menor coste (Starfield et al., 2004).

La filosofía de la Atención Primaria parte del derecho a la atención de la salud en el marco de los derechos fundamentales de las personas, teniendo en cuenta los criterios de la justicia e igualdad en el acceso por todos los ciudadanos.

Presenta unas señas de identidad diferenciales respecto a otras especialidades y niveles asistenciales que suelen centrarse en patologías concretas y personas con determinados problemas de salud propios de su disciplina, a las cuales prestan la máxima atención durante el ingreso hospitalario o durante el proceso de enfermedad que requiere de sus servicios. La continuidad en la relación asistencial una vez que la enfermedad no requiere asistencia por parte del profesional sólo se da en Atención Primaria.

2.2 El médico de familia, actor principal en Atención Primaria

En nuestro país el equipo de Atención Primaria que desarrolla sus funciones en un centro de salud está compuesto por médicos de familia, pediatras, profesionales de enfermería, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería y celadores. Esta composición puede variar dependiendo de zonas, regiones y comunidades autónomas.

El médico de familia es el responsable de los cuidados de salud del adulto en Atención Primaria. Es quien atiende a toda persona en el contexto de la familia, a la cual atiende también en el contexto de la comunidad. Proporciona una asistencia global, continuada, coordinada y personalizada. Es clave su tarea en la gestión óptima de los recursos sanitarios disponibles.

Los ámbitos concretos en que se centra la Medicina Familiar y Comunitaria son los siguientes:

- Una perspectiva integral de la atención de la salud con un enfoque biopsicosocial de los problemas. El médico de familia centra su atención en la persona más que en la enfermedad.
- La comunicación clínica es el instrumento básico de trabajo en AP, por lo que el médico de familia debe manejarla con maestría.
- La atención de las personas que lo solicitan sin ningún tipo de discriminación y cualquiera que sea el problema por el que consultan y el contexto social o personal del que proceden.
- La orientación comunitaria de la atención de salud en aquellos sistemas en los que la organización se basa en equipos responsables de la asistencia de una población y territorio definidos. De esta forma es posible un análisis estratégico de las necesidades y problemas de salud así como de las actuaciones más eficaces y eficientes a realizar para su abordaje.
- La integración de las actividades curativas y rehabilitadoras con las de prevención y promoción de la salud en la práctica cotidiana de las consultas.

- La continuidad de la asistencia prestada a los pacientes a lo largo de sus diferentes etapas y circunstancias vitales.

Más allá de la mera recepción de demandas de asistencia por parte de sus pacientes, el médico de familia debe ser proactivo en la búsqueda, análisis y abordaje de necesidades y problemas de salud no expresados por los pacientes y por la población.

La docencia e investigación con características conceptuales, de contenidos y de desarrollo práctico son diferentes a las del ámbito asistencial hospitalario. El estudio de la historia natural, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud es más viable y ajustado a la realidad en el ámbito de la Atención Primaria (Bonaf, Gil Guillén, Martín Zurro, & Pinto, 1999).

La principal herramienta del médico de familia es la comunicación con el paciente basada en la escucha y la empatía necesarias. La relación con el paciente en la cual se da este tipo de comunicación en Atención Primaria presenta características diferenciales respecto a la relación que se establece en otros niveles asistenciales. La más importante de todas ellas es la continuidad de la relación clínica que facilita la creación de confianza. El paciente aporta en esta relación sus demandas, sus quejas, su sufrimiento, sus expectativas y creencias, sus temores y su dolor. El profesional por su parte aporta la capacidad para escuchar y comprender, para dar confianza y aliviar el sufrimiento. Sus conocimientos y praxis y su capacidad para tratar, curar, cuidar, influir y persuadir van a ser claves en esta relación clínica (Martín Zurro et al., 2014). Es en este marco de la relación clínica en el que el profesional, el médico de familia se va a encontrar con el paciente a cuyas necesidades de salud, expresadas o no, debe dar respuesta.

2.3 La actividad preventiva en Atención Primaria

Una de las tareas que le son propias a la Atención Primaria y que, como plantea Martín Zurro (2014) debe convertirse en un objetivo fundamental de los sistemas de salud, es la de la prevención y promoción de la salud. El cambio de hábitos, condiciones y estilos de vida no saludables es una tarea fundamental a realizar, entre otros ámbitos, desde este nivel asistencial.

Según planteó ya Dever (1976) la contribución del sistema sanitario y sus actuaciones a la reducción de la mortalidad general es relativamente escasa en comparación con el resto de los determinantes de la salud que universalizó en su informe el canadiense Lalonde (1974), a saber: el entorno, el estilo de vida y la propia biología y genética humanas. Resulta chocante la contradicción que supone que la mayor parte de los países destinen muchos más recursos a financiar los sistemas sanitarios que a controlar el resto de los factores determinantes de la salud. Las actividades preventivas tratan de abordar los determinantes modificables de la salud desde el sistema sanitario.

Las actividades preventivas y de promoción de la salud han alcanzado un alto nivel de prioridad dentro de las actividades realizadas en Atención Primaria hasta convertirse en uno de los elementos nucleares del cambio cualitativo en la transformación del sistema sanitario que se está llevando a cabo en nuestro país. La prevención es uno de los componentes de la Atención Primaria que ha demostrado tener un impacto positivo sobre la salud de la población. (Sans Corrales et al., 2006). Hoy este tipo de actividades está plenamente integrado dentro de la actividad habitual de los equipos de atención primaria.

Diversos organismos se han encargado de forma pionera en Canadá (*Canadian Task Force on Preventive Health Care*) y posteriormente en Estados Unidos (*United States Preventive Task*

Force) de publicar recomendaciones preventivas sobre distintos problemas de salud basadas en la evidencia científica.

En España la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria puso en marcha en 1988 el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en Atención Primaria (PAPPS) que se ha ido implantando progresivamente en el conjunto de centros y equipos de Atención Primaria. En el mismo se contemplan recomendaciones sobre actividades de prevención y promoción de la salud prioritarias y mecanismos de evaluación que permiten conocer el grado de cumplimiento de las distintas medidas. Las actividades de este programa se estructuran en paquetes y medidas. Dentro del mismo se encuentra el subprograma del adulto en cuyo paquete mínimo se encuentra la detección del tabaquismo, por cuanto esta es una de las medidas que más puede contribuir a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y muerte prematura.

Las distintas administraciones sanitarias de nuestro país en sus planes de salud contemplan el desarrollo de este tipo de actividades en el ámbito de la Atención Primaria. Este hecho responde a la importancia que está cobrando la patología crónica en nuestro medio en términos de morbilidad y mortalidad. Los procesos de este tipo una vez instaurados no son susceptibles de curación con las herramientas disponibles.

Se ha definido el factor de riesgo como “cualquier exposición, condición o característica asociada a una mayor probabilidad de desarrollar una enfermedad” (Martín Zurro et al., 2014, p. 388). Las actividades preventivas tratan de actuar sobre los factores de riesgo más relevantes en cuanto a su poder generador de patologías crónicas con el objetivo de que estas no se desarrollen.

Las actividades preventivas habituales en Atención Primaria según Losilla y Altisent (2010) son las siguientes:

- Inmunización.

- Educación sanitaria: nutrición, educación sexual, consejo sobre tabaco, alcohol y otros tóxicos, control de peso, recomendaciones en el embarazo.
- Evaluación del crecimiento y desarrollo infantojuvenil.
- Cribado poblacional de enfermos o personas en riesgo de enfermar.
- Detección de casos (*case finding*), identificación de un determinado problema de salud en un paciente que consulta por otro motivo.
- Programas de atención específicos por edad o riesgo: embarazo, anciano, diabetes mellitus.
- Exámenes periódicos de salud preventivos siguiendo criterios de eficacia clínica.

El concepto de cuidado anticipado, muy vinculado a la prevención, responde a la importancia que tiene para el profesional de Atención Primaria actuar sobre los factores de riesgo para prevenir enfermedades y detectar las que ya existen cuando se encuentran en fase presintomática.

Es necesario, por tanto, diferenciar varios niveles de actuación preventiva que están relacionadas con las fases de la historia natural de una enfermedad:

- Actividades de prevención primaria: Son el conjunto de actividades cuyo objetivo es disminuir la probabilidad o impedir la aparición de la enfermedad. En este nivel se encuentran las actividades de *promoción de la salud* (dirigidas a las personas) y las de *protección de la salud* (sobre el medio ambiente).
- Actividades de prevención secundaria: Son aquellas que pretenden detener la evolución de la enfermedad mediante actuaciones desarrolladas en la fase preclínica de la misma. Los *programas de cribado o screening* son los que actúan en este segundo nivel tratando de evitar la progresión de la enfermedad mediante el diagnóstico de las mismas en fase precoz.

- Actividades de prevención terciaria: Son las dirigidas al tratamiento y rehabilitación de una enfermedad ya establecida, enlenteciendo su progresión. Su objetivo es la mejora de la calidad de vida tratando de evitar complicaciones y pérdida de funcionalidad.
- Actividades de prevención cuaternaria: Se ha denominado de esta manera al conjunto de actividades encaminadas a reducir o impedir el daño causado por las intervenciones sanitarias (curativas y preventivas) innecesarias o excesivas. Abarca el campo de la denominada *seguridad clínica* y tiene que ver con la detección y prevención de errores y accidentes derivados de la atención sanitaria (Kuehlein, Sghedoni, Visentin, Gérvas, & Jamouille, 2010)

La mayor rentabilidad preventiva, en términos globales, se obtiene a partir de medidas de promoción de la salud (US Preventive Services Task Force, 1989) siendo la prevención primaria la única verdaderamente eficaz en la mayor parte de las ocasiones. Problemas como el que ocupa el presente trabajo, muy vinculados con aspectos conductuales, requieren nuevas actitudes y destrezas por parte del equipo de Atención Primaria, pero sobre todo un nuevo tipo de relación con el paciente y un enfoque comunitario de los procesos de salud. La mejor manera de contribuir a la promoción de la salud en relación con estos problemas será evitar el inicio de estos hábitos, y en ello también puede y debe actuar el equipo de salud y el médico de familia en particular.

2.4 La intervención frente al tabaquismo desde Atención Primaria

Se estima que un 70% de la población acude al menos una vez al año a su médico de familia y esta frecuencia es mayor en las personas que fuman. Este hecho explica la oportunidad que se presenta en Atención Primaria para proporcionar ayuda eficaz a quienes han decidido intentar

dejar el tabaco y aconsejar que lo haga a quien aún no lo ha decidido (Rodrigo Córdoba et al., 2012).

Se debe tener en cuenta que en torno al 70% de los fumadores manifiestan el deseo de dejar de fumar y casi un 30% lo ha intentado en el último año según la encuesta realizada por el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) en 2008. Sin embargo no más de un 5% de quienes intentan romper con el tabaco sin apoyo profesional lo consigue (Hughes, Keely, & Naud, 2004). La consulta de AP, por la relación que en ella existe entre el profesional y el paciente y por las demás características que se han detallado anteriormente ofrece una de las mejores oportunidades para la prevención, identificación, tratamiento y seguimiento del tabaquismo.

2.4.1 Bases neurobiológicas de la atención al tabaquismo.

A partir de la publicación del informe de la Dirección General de los Servicios de Salud de los EEUU titulado “*The health consequences of smoking: Nicotine addiction*” se establecen las bases para considerar el tabaco como un producto que genera dependencia (Department of Health and Human Services, 1988).

La nicotina, presente en todos los productos derivados del tabaco, “produce alteraciones fisiológicas y psicológicas propias de la dependencia y similares a otras drogas” (Camarelles et al., 2013, p. 7). Se trata de una sustancia que reúne todos los criterios de las definiciones de adicción o dependencia: Consumo compulsivo pese al deseo y a los repetidos intentos para dejar de fumar, efectos psicoactivos debidos a la acción directa de la sustancia sobre el encéfalo y alteración del comportamiento motivada por los efectos de refuerzo de la nicotina como sustancia psicoactiva (Benowitz, 2010).

La adicción a la nicotina ha sido reconocida por la OMS en su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (1995) y por la American Psychiatric Association en su clasificación DSM-IV (1996). En la Tabla 4 se recogen los criterios de ambas clasificaciones que definen la dependencia de sustancias.

Tabla 4. Dependencia de sustancias. Criterios CIE 10 y DSM-IV. Elaboración propia.

Clasificación	Criterios
CIE 10 (3 criterios o más de los siguientes durante 12 meses)	<ul style="list-style-type: none"> - Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir - Disminución de la capacidad para controlar el consumo: el comienzo o poder terminarlo - Síntomas somáticos de síndrome de abstinencia - Tolerancia - Abandono de otras fuentes de placer, aumento del tiempo empleado en obtener, ingerir o recuperarse de sus efectos - Persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales
DSM IV-R (3 criterios o más de los siguientes durante 12 meses)	<ul style="list-style-type: none"> - Tolerancia: <ul style="list-style-type: none"> a. Necesidad de cantidades crecientes para conseguir el mismo efecto o b. El efecto de la sustancia disminuye con su consumo continuado - Abstinencia: <ul style="list-style-type: none"> a. Síndrome de abstinencia característico de cada sustancia o b. Toma de dicha sustancia o similar para aliviar los síntomas - La sustancia se toma en cantidades mayores o durante un periodo más largo que el pretendido - Deseos persistentes o esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo - Empleo de mucho tiempo en la búsqueda, consumo o recuperación de los efectos - Reducción de actividades sociales, laborales y recreativas por el consumo - Se continúa tomando la sustancia a pesar de los problemas físicos o psicológicos causados por la sustancia -

El papel principal en la dependencia del tabaco lo tiene la nicotina, un alcaloide que tiene una estructura similar a la acetilcolina y actúa sobre los receptores nicotínicos produciendo una estimulación ganglionar primaria. Desencadena, una vez que atraviesa la barrera hematoencefálica la liberación de dopamina y otros neurotransmisores, lo cual explica parte de sus efectos sobre el sistema nervioso central. Los fenómenos de neuroadaptación y tolerancia tienen su base biológica en cambios en el patrón de respuesta bioquímica a partir del aumento de

receptores nicotínicos así como en la llamada “plasticidad neuronal” (Benowitz, 2010, p. 6). El avance en el conocimiento de este tipo de mecanismos favorece el desarrollo de técnicas y terapias cada vez más efectivas, como se explicará más adelante, para ayudar a los pacientes fumadores a romper con la adicción al tabaco.

Resulta interesante destacar algunos aspectos relativos a la farmacocinética de la nicotina. La capacidad adictiva de una sustancia depende entre otros factores de la rapidez de su absorción. A su vez esta depende de la vía por la que se absorbe y de la composición de la propia sustancia en sí. El humo de los puros y pipas es más alcalino, por lo que se absorbe más fácilmente a través la mucosa oral, lugar donde produce mayor toxicidad y patología por lo que no precisa ser inhalado. Sin embargo la velocidad de absorción es menor por lo que no produce un pico rápido y fugaz como el humo del cigarrillo. Este último es más ácido, por lo que su absorción requiere que el humo sea inhalado viéndose facilitada mediante la adición de sustancias amoniacaes que aumentan su pH. La vía pulmonar permite una inhalación más rápida que la misma vía intravenosa, de entre unos 8 y 10 segundos. Todo ello guarda relación con la mayor capacidad adictiva de los cigarrillos y su mayor toxicidad sistémica (Jiménez Ruiz, 1997).

Una vez establecida la adicción nicotínica entra en funcionamiento el síndrome de abstinencia que aparece con la interrupción del consumo de tabaco. Síntomas como la ansiedad, la disminución de la capacidad de concentración, el insomnio, los cambios de humor, el aumento de apetito y el deseo imperioso de fumar (*craving*) forman parte de este síndrome que el fumador trata de evitar fumando un nuevo cigarrillo. Los circuitos de recompensa convierten la inhalación del humo del tabaco en una sensación placentera reforzada que se asocia a distintas situaciones cotidianas que actúan como desencadenantes del consumo (Royal College of Physicians of London, 2000).

En definitiva, la dependencia del tabaco se debe entender como un fenómeno biológico y psicológico (conductual) complejo causado por el consumo de nicotina que tiende a que el fumador mantenga y aumente dicho consumo, frecuentemente a su pesar.

2.4.2 Recomendaciones y tipos de intervención frente al tabaquismo en AP.

El Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España de 2012 resume acertadamente las actuaciones que implica el abandono del tabaco partiendo de la complejidad del fenómeno llamado tabaquismo:

“Fumar es al mismo tiempo una adicción física y psicológica, una conducta aprendida y una dependencia social. Por tanto, dejar de fumar implica superar la adicción a la nicotina, desaprender una conducta y modificar la influencia del entorno” (Camarelles et al., 2013, p. 272.e4).

Por lo tanto la ayuda que el profesional de AP puede y debe proporcionar al fumador para que abandone el tabaco se basa en el asesoramiento desde una actitud motivadora que favorezca la confianza en la propia capacidad para conseguir el cese y las medidas farmacológicas.

El Servicio de Salud Pública de los EEUU con el ánimo de sistematizar esta intervención clínica ante el fumador que acude por cualquier motivo a la consulta propuso ya en el año 2000 una estrategia en cinco pasos conocida como las 5 “A”. Esta intervención sistematizada es la que la mayor parte de las guías y organizaciones recomiendan como la más adecuada para abordar el tabaquismo (Fiore et al., 2008) . Se recogen resumidamente en la Figura 4.

Conviene resumir brevemente algunos conceptos relativos a la intervención en tabaquismo que frecuentemente se confunden en la práctica. La intervención de la que se va a hablar a continuación es la *intervención sistemática* que incluye los pasos a seguir ante todo paciente en

función de su disposición para el cambio. Por otro lado la denominada *intervención breve* que engloba y supera términos como *intervención básica*, *mínima*, *consejo mínimo*, etc es aquella que dura menos de 10 minutos por sesión, menos de 4 sesiones y menos de 30 minutos en total. Se diferencia así de la *intervención intensiva* que es aquella que dura más de 10 minutos por sesión, más de 4 sesiones o más de 30 minutos en total (Domínguez Grandal & Castañal, 2011)

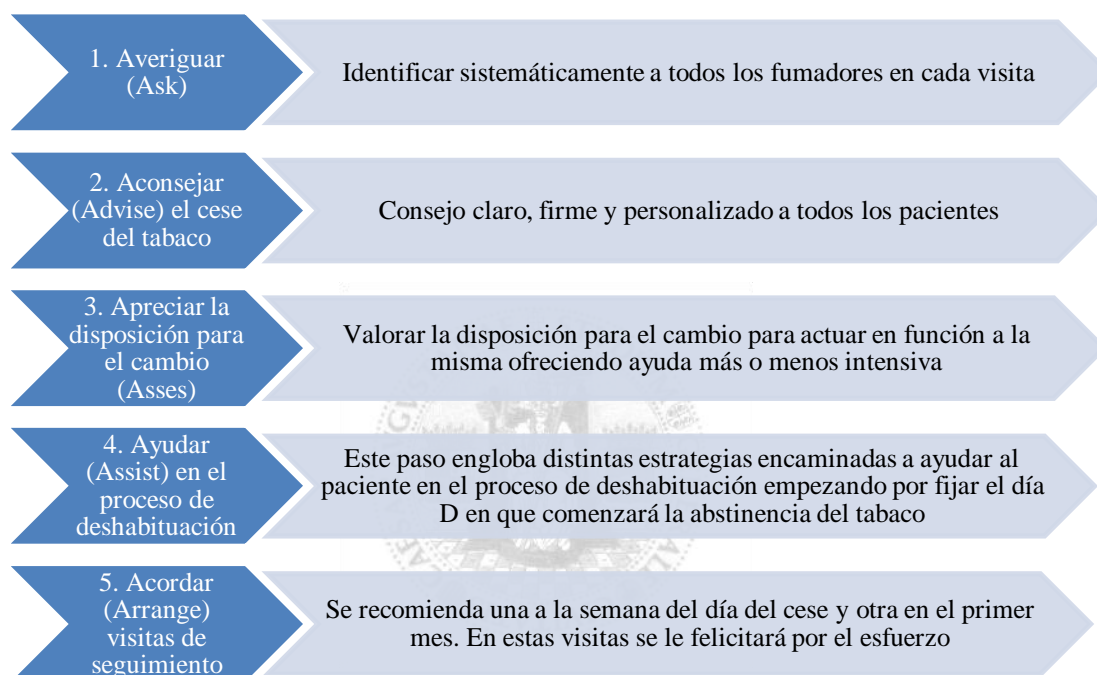


Figura 4. Intervención sistematizada recomendada. Adaptada y resumida a partir de Fiore et al (2008)

1. Averiguar o preguntar por el hábito de fumar identificando a todo fumador.

En cuanto a la identificación de las personas que fuman Fiore et al. (1995) afirman que incluir el consumo de tabaco como un signo o constante vital más permite identificar al 80% de los fumadores. El PAPPS recomienda preguntar al menos una vez cada dos años por el consumo de tabaco a pacientes mayores de 10 años registrándolo en la historia clínica. No es necesario preguntar a los mayores de 25 años que nunca han fumado (Marqués et al., 2009). Si responde

afirmativamente a la pregunta “¿Fuma usted?” Se registrará como fumador anotándose la cantidad de cigarrillos diarios que consume. Si lleva más de un año sin fumar tras haberlo abandonado se le considera ex fumador.

2. Aconsejar el cese del hábito tabáquico.

El consejo es el segundo paso que se recomienda realizar con todo fumador y en toda consulta de forma firme y personalizada. Ase trata de una intervención breve que forma parte de las actividades de educación para la salud.

Existe relación entre la intensidad del consejo antitabaco referida al número de sesiones de asesoramiento y la duración de las mismas y la tasa de abstinencia. Esto es válido tanto para la *intervención breve* como para la *intervención intensiva* basada en programas estructurados con visitas repetidas e intervención psicosocial en casos seleccionados (Stead, Bergson, & Lancaster, 2008).

En el ámbito que nos ocupa el consejo se entiende como una intervención oportunista cuya finalidad es hacer reflexionar a la persona fumadora sobre su conducta y motivarla para el cambio. Se debe informar al fumador de forma contundente sobre el riesgo de fumar y los beneficios del abandono del tabaco. En ese sentido resulta interesante explorar cuáles son las motivaciones por las que un fumador dejaría de fumar y, para ello, conviene conocer aquellos motivos que suelen estimular a personas con sus características. El consejo debe ser personalizado teniendo en cuenta el entorno y las características de cada sujeto: condición clínica, historia de consumo de tabaco, motivación y disponibilidad para el cambio, historia familiar, intereses personales o costes sociales y económicos. No se debe entender, por tanto, el consejo como una recomendación directiva o paternalista ya que lo que pretende es que la propia persona

descubra las propias soluciones a sus conflictos capacitándolo para tomar decisiones (Camarelles et al., 2013).

3. Apreciar o valorar la disposición para el cambio

El paso siguiente al consejo, que en la práctica se realiza dentro del mismo, es evaluar la disposición del paciente para abandonar el tabaco en un plazo breve (4 semanas). En función de la respuesta a esta pregunta se debe plantear un tipo u otro de intervención. Por ello la intervención breve, que incluye preguntar sobre el consumo, informar sobre efectos del tabaquismo motivando para el cambio de conducta e interrogar sobre la disposición para el abandono del tabaco facilitando ayuda es una intervención que debe incluirse en la práctica diaria (Camarelles et al., 2013).

4. Ayudar al paciente

Lo primero que se debe hacer es fijar una fecha en las 4 semanas siguientes para comenzar con la abstinencia. Seguidamente se recogen las principales estrategias y tareas a tener en cuenta en esta etapa:

- Buscar el apoyo del entorno social.
- Prever las dificultades al dejar de fumar, sobre todo las primeras semanas, incluyendo los síntomas de abstinencia descritos en el anterior apartado.
- Eliminar todos los productos relacionados con el tabaco del entorno habitual.
- Dar consejos prácticos sobre cómo resolver problemas que puedan aparecer o entrenamiento de habilidades para evitar la recaída precoz.

- Recomendar ayudas farmacológicas cuando esté indicado sobre todo en casos en que la dependencia sea más elevada.

Dentro de este proceso de asesoramiento y ayuda es adecuado proporcionar al paciente información sobre recursos destinados para tal fin cuya eficacia ha sido probada, como líneas telefónicas de apoyo al cese (*quit lines*) (Stead, Perera, & Lancaster, 2006), recursos web (Myung, McDonnell, Kazinets, Seo, & Moskowitz, 2009) y folletos informativos para dejar de fumar y prevenir recaídas.

5. Acordar y fijar las visitas de seguimiento.

Se debe fijar una visita muy pronto, en la primera semana tras el cese y otra en el primer mes. El contenido de las mismas debe tener como objetivos felicitar al paciente por su abstinencia.

Si ha vuelto a consumir es bueno revisar las circunstancias en que ocurrió y lograr un nuevo compromiso para intentarlo de nuevo. Se debe recordar al paciente que la recaída forma parte del proceso y que permite aprender tanto de lo que le ha permitido avanzar como de lo que le ha hecho volver a consumir.

En los casos en que se haya establecido tratamiento se debe revisar el cumplimiento y la posible aparición de efectos secundarios que obligarían a adaptar la dosis. Considerar en cada visita si se necesitarán más adelante nuevas visitas es también necesario. Por último en casos seleccionados este es el momento de valorar si es precisa la derivación del paciente a consultas especializadas en deshabituación tabáquica.

Se recoge a continuación la intervención sistematizada frente al paciente dispuesto a realizar un intento de abandono del tabaco (Figura 5) y que no está dispuesto a hacerlo (Figura 6).

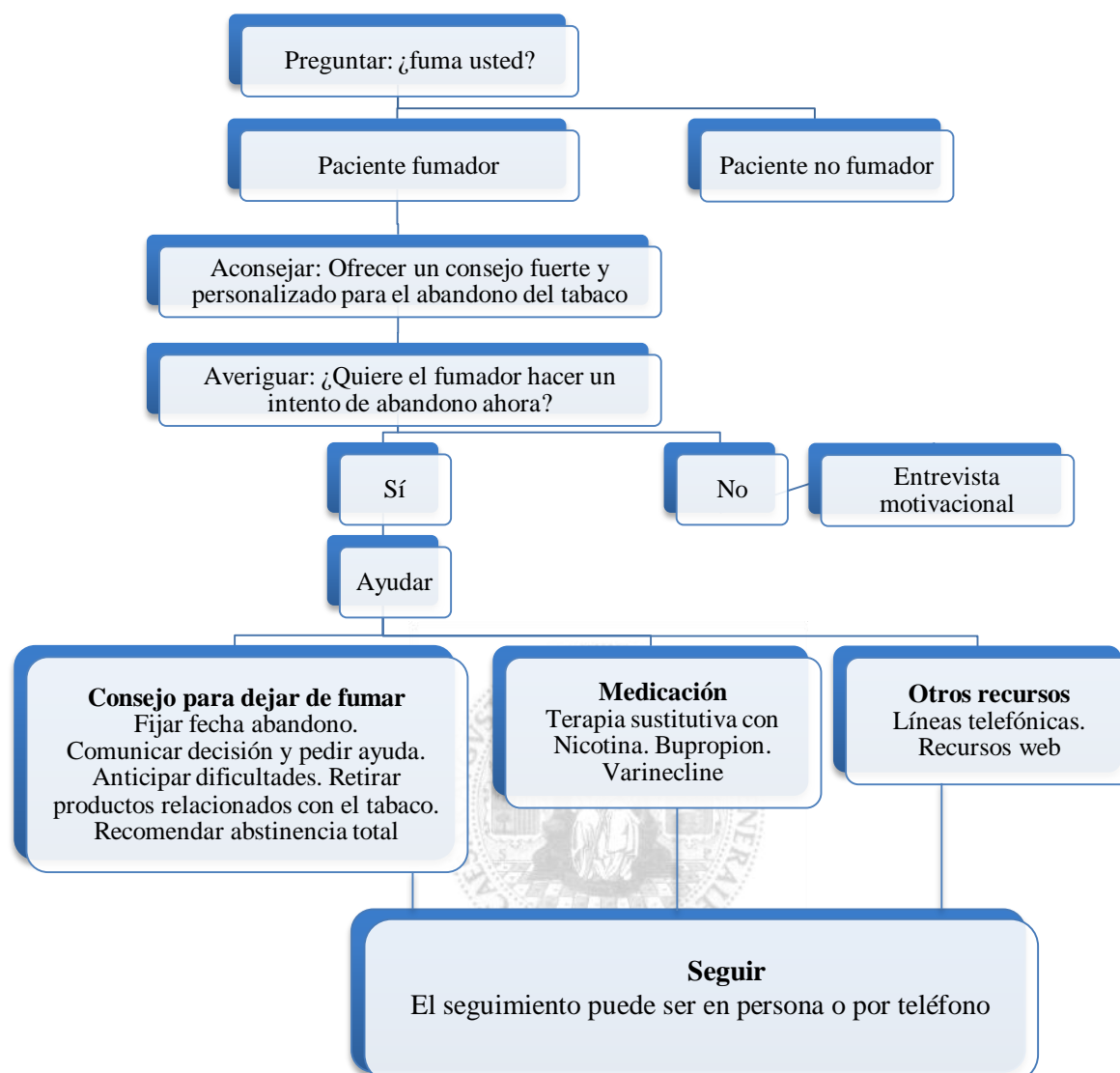


Figura 5. Intervenciones en el paciente fumador que quiere hacer un intento de abandono del tabaco en el momento de la visita. Adaptada de Camarelles et al. (2013)

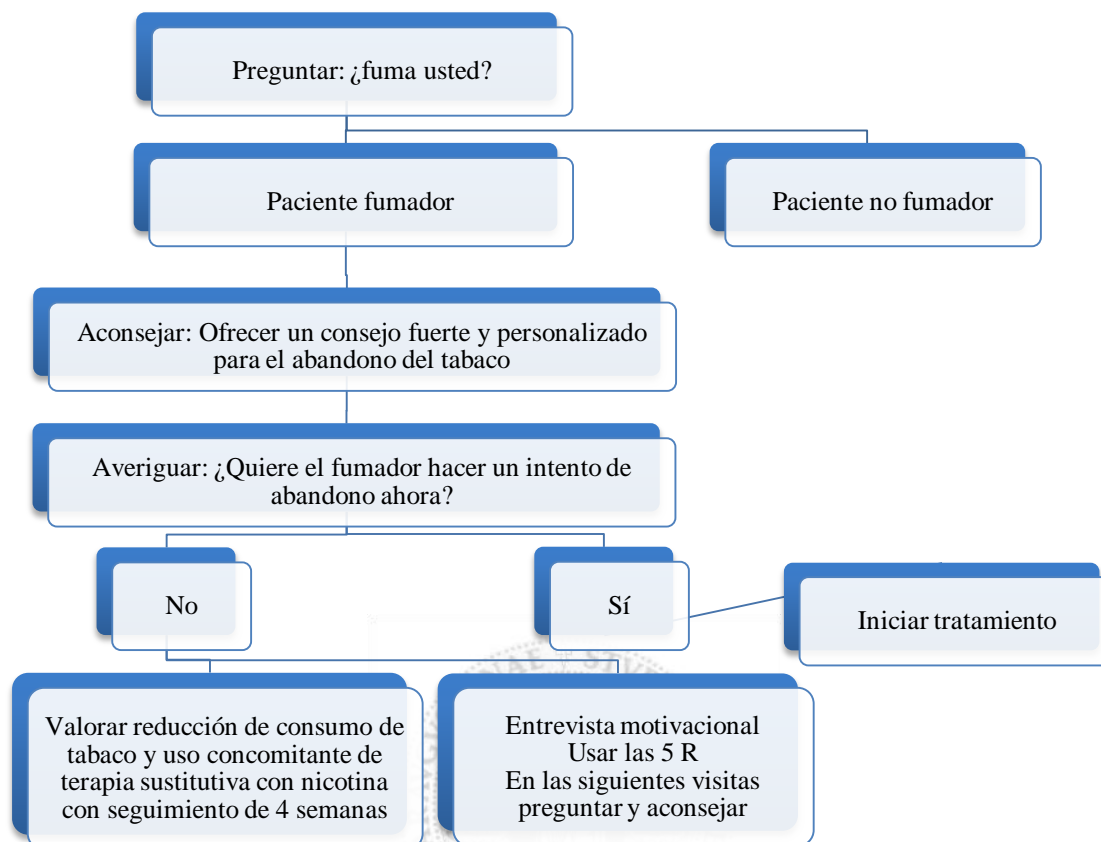


Figura 6. Intervenciones en el paciente fumador que no quiere hacer un intento de abandono del tabaco en el momento de la visita. Adaptada de Camarelles et al. (2013)

Resulta obligado recorrer en unas líneas los aspectos más relevantes relativos al tratamiento farmacológico que se recomienda utilizar en las guías de práctica clínica para la deshabituación tabáquica asistida por el profesional de AP. Este tratamiento tiene como principal objetivo controlar los síntomas derivados de la abstinencia que suponen la causa principal de recaída tras el cese del consumo.

En España están comercializados los parches, chicles y comprimidos de nicotina para la terapia con sustitutos de la nicotina (TSN). El objetivo de la terapia con sustitutos de la nicotina es el de suministrar nicotina en dosis decrecientes y de una forma distinta al tabaco, para paliar

los síntomas propios del síndrome de abstinencia mientras se afronta el cese del consumo de tabaco. Los parches producen una liberación lenta y sostenida de nicotina mientras que los chicles y comprimidos proporcionan una liberación rápida e intensa de la misma sustancia. Por ello la terapia más efectiva es combinar los parches para proporcionar una nicotinemía que evite el síndrome de abstinencia con los productos de liberación rápida, ya sean parches o chicles, para momentos de necesidad imperiosa de fumar (*craving*).

Michael Fiore (2011) introduce entre las medidas a plantearle al fumador que no quiere dejar el tabaco la reducción sustantiva de su consumo con ayuda de la terapia sustitutiva con nicotina. Esta opción es relativamente novedosa si bien los resultados de los estudios que se realizan sobre la eficacia de esta estrategia son alentadores dado que hablan de un verdadero descenso del consumo y, lo que es más importante, una mayor tasa de abstinencia a los 6 meses de los pacientes tratados (Moore et al., 2009). Es preciso recordar, sin embargo, que la sola reducción del consumo no se traduce en un descenso de la morbilidad según las evidencias actuales.

Además de la TSN se dispone de dos medicamentos de segunda línea para facilitar la deshabituación del tabaco. Bupropion, el primero en ser desarrollado, es un antidepresivo que actúa inhibiendo la recaptación de catecolaminas (noradrenalina y dopamina). No se conoce bien su mecanismo de acción pero su administración duplica la tasa de abstinencia frente a placebo (Hughes, Stead, & Lancaster, 2007).

Vareniclina, con menor experiencia en el mercado que el anterior fármaco, es un agonista parcial del receptor nicotínico alfa4beta2, implicado en los procesos de adicción y dependencia de la nicotina. Su efecto agonista permite que se mantengan niveles de dopamina suficientes para evitar los síntomas de la abstinencia mientras que su efecto antagonista evita la sensación de recompensa que produce el consumo de tabaco.

El clínico, a la hora de seleccionar el tratamiento farmacológico debe considerar la experiencia previa del paciente, sus comorbilidades y el perfil de posibles efectos secundarios (Espinosa, Lorenzo, & Ayesta, 2011). Es importante que se realice un seguimiento del paciente una vez instaurado el tratamiento para valorar la posible aparición de efectos secundarios y la adherencia al tratamiento.

La combinación del tratamiento farmacológico con el apoyo motivacional y psicosocial, por tanto, es la estrategia más eficiente en la práctica.

2.4.3 Modelo transteorético del cambio

El profesional de Atención Primaria debe saber que en el proceso de abandono del tabaco, habitualmente prolongado, el fumador atraviesa varias etapas según el *modelo transteorético del cambio* de Prochaska y DiClemente (1986). Actualmente este modelo continua siendo el más aceptado como base para explicar el cambio necesario en toda conducta adictiva. Se recoge en la Figura 7 un esquema en el que se aprecia el proceso completo que describe este modelo. Las fases que atraviesa el fumador según el mismo son las siguientes:

- *Precontemplación*: El fumador sabe que fumar es un problema pero no es consciente de que le afecta personalmente y no se plantea cambiar.
- *Contemplación*: Aparece el fenómeno de la *ambivalencia* al tomar conciencia del problema. Se quiere cambiar al mismo tiempo que se rechaza el cambio. Se acepta que se quiere abandonar el tabaco en los próximos seis meses pero no en el próximo mes.
- *Determinación o preparación*: Se está preparado para cambiar y ello se concreta en un plan de cambio que incluye cómo y cuándo se dejará el tabaco. En esta fase se puede fijar una

fecha de cese en el próximo mes, salvo que no haya realizado la persona ningún intento previo, en cuyo caso se cataloga la fase aún como contemplación.

- *Acción*: La persona ha dejado de fumar pero aún no lleva seis meses de abstinencia.
- *Mantenimiento*: La persona ha superado seis o más meses sin fumar.
- *Recaída*: Se trata de una regresión al estadio anterior. Forma parte de este proceso. La mayor parte de las personas que consiguen superar el tabaquismo han pasado varias veces por algunas o por todas las fases anteriores, incluyendo la de la recaída.



Figura 7. Modelo transteorético del cambio de Prochaska y DiClemente (1986).

El profesional, como se ha comentado, dentro de la intervención sistemática frente al tabaco debe identificar en qué estadio del cambio se encuentra el paciente para adecuar su actuación al mismo. Es muy importante en todo el proceso el apoyo motivacional adaptado a la fase en que el fumador se encuentre para ayudarlo a avanzar en el mismo hacia el mantenimiento en la abstinencia.

2.4.4 La intervención para potenciar la motivación del fumador

Como se ha explicado en el anterior apartado la única persona que puede dejar de fumar es el propio fumador. Pero el profesional puede ayudarlo a avanzar en ese proceso hacia la abstinencia. El asesoramiento eficaz para ayudar al fumador a abandonar el tabaco, por lo tanto, tiene como objetivo, en última instancia, aumentar su *motivación* para seguir avanzando en el proceso del cambio descrito.

La *motivación* según explica José Antonio Marina es un “término académico para hablar de los deseos que nos lanzan a la acción, de los antecedentes de nuestros actos, de la energía que nos mueve” (Marina, 2011, p. 14). La motivación es uno de esos secretos que explican el comportamiento humano cuya “fórmula” aspiran a dominar tanto las agencias de publicidad para potenciar el consumo de su producto, como los padres, docentes y terapeutas para ayudar y educar a sus hijos, alumnos y pacientes respectivamente. Según este mismo autor la *motivación* depende de tres factores principales: “El deseo, el valor del objetivo (*incentivos*) y los facilitadores de la tarea a realizar” (Marina, 2011, p. 28). Para que aumente la *motivación* habrá que operar sobre alguno de esos factores, por lo tanto. En el caso del que se ocupa el presente trabajo las distintas estrategias de las que se hablará en este epígrafe van a buscar de una u otra forma actuar sobre estos factores y con ello potenciar la motivación para el cambio del paciente.

Para valorar la motivación para el abandono se han utilizado cuestionarios breves cuyo valor como predictores del éxito en el cese ha sido demostrado (R. Córdoba et al., 2000). Entre todos destaca el *test de Richmond*, que se puede apreciar en la Figura 8, por su amplia utilización para la intervención en tabaquismo. Hoy se acepta que estos cuestionarios pueden sustituirse por la pregunta siguiente: ¿Está usted dispuesto a dejar de fumar en las próximas 4 semanas?. “La

respuesta afirmativa a esta pregunta indica motivación para hacer un intento de cesación” (Córdoba & Sanz Andrés, 2014, p. 277).

1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	2. ¿Con qué ganas de 0 a 3 desea dejarlo?	3. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas 2 semanas?	4. ¿Cree que dentro de 6 meses no fumará?
Sí (1 punto)	Mucha (3 puntos)	Sí (3 puntos)	Sí (3 puntos)
No (0 puntos)	Bastante (2 puntos)	Probable (2 puntos)	Probable (2 puntos)
	Poca (1 punto)	Dudoso (1 punto)	Dudoso (1 punto)
	Nada (0 puntos)	No (0 puntos)	No (0 puntos)
Puntuación total			

Figura 8. Test de Richmond. Adaptado de Richmond et al. (1993).

La intervención más adecuada a realizar en el paciente que no quiere dejar de fumar es la *entrevista motivacional*. Centrada en la persona fumadora, este tipo de entrevista trata de ayudarle a desarrollar sus propias habilidades con el objetivo de animarle al cambio respecto a su estilo de vida no saludable. Se trata con ella de ayudar al paciente a explorar y resolver su propia ambivalencia respecto a su conducta (Miller & Rollnick, 2012). Cobra especial importancia, por tanto, el dominio de la *entrevista clínica* como competencia esencial sin la cual no es posible

plantear adecuadamente siquiera los primeros pasos de la intervención sistematizada que se ha comentado anteriormente.

Los principios de la entrevista motivacional según los recogen Camarelles et al. (2013) en el Consenso para la atención clínica al paciente fumador en España son:

- Expresar empatía: Se parte de la ambivalencia del paciente ante el tabaco como algo habitual. El cambio de conducta es más fácil si el fumador percibe que es escuchado reflexivamente, aceptado y comprendido por el profesional.
- Crear la discrepancia: El terapeuta debe promover que sea el propio paciente quien exprese sus propias razones para el abandono y tome conciencia de las consecuencias de su adicción.
- Evitar la discusión: Se trata de evitar la defensa del fumador como respuesta a los argumentos del profesional. Resulta contraproducente discutir con el paciente. Sus resistencias deben alertar al profesional para cambiar de estrategia.
- Darle un giro a la resistencia: El profesional debe sugerir, que no imponer, nuevos puntos de vista sobre la nociva conducta del fumador dado que las percepciones del paciente se pueden cambiar. El mismo será quien encuentre las mejores soluciones para su conducta.
- Fomentar la autoeficacia: El fumador es responsable de decidir y optar por el cambio personal. Terapeuta y fumador deben creer en la capacidad de cambio del paciente. Esta creencia es un factor motivador importante.

La citada guía americana de la los Servicios de Salud Pública de los Estados Unidos de 2008 recomienda determinados contenidos que deberían ser abordados en la entrevista motivacional con personas fumadoras. Los sintetizan en las 5 R (Relevancia, Riesgos, Recompensas, Reconsiderar obstáculos y Repetición de la entrevista). Se resumen a continuación estos contenidos:

- Relevancia: Se debe centrar la entrevista en la relevancia concreta que tiene el tabaco en la vida del fumador. Su salud, la salud de su familia o su situación social serán los motivos por los que el abandono del tabaco es relevante para el paciente
- Riesgos: La tarea del profesional es facilitar que el paciente identifique las posibles consecuencias del tabaco, si es necesario sugiriendo u orientando desde sus conocimientos este ejercicio. Será necesario enfatizar que ningún producto derivado del tabaco está exento de riesgos y aclarar los que más le amenazan a corto plazo (problemas respiratorios), a largo plazo (eventos cardiovasculares) y a su entorno (riesgos para sus hijos).
- Recompensas: El fumador debe ser animado a identificar los posibles beneficios derivados del abandono del tabaco destacando aquellos que son más relevantes en su caso: ahorro económico, mejora de salud o de forma física, recuperación del gusto o el olfato, mejora de la salud de los hijos.
- Reconsiderar impedimentos y dificultades: También se debe promover que el fumador identifique las barreras que encuentra para el cese. Las más habituales son: el síndrome de abstinencia, la ganancia de peso, la falta de apoyo, el miedo a fallar en el intento, el gusto por fumar...
- Repetición: Desde el respeto y la empatía se debe repetir la entrevista siempre que el fumador acuda a la consulta falto de motivación. Si ha pasado por varias recaídas se le debe recordar que la mayoría de los que lo han conseguido conocieron varias recaídas también.

La técnica de la entrevista motivacional, en definitiva, parte de que es el propio paciente quien debe dar los pasos necesarios para avanzar hacia la decisión de romper con el tabaco. El profesional actúa en ese proceso como un catalizador mediante el cual el fumador puede avanzar

resolviendo su ambivalencia, venciendo sus resistencias y afrontando sus propios retos hacia el cambio personal que sólo él puede protagonizar.

2.5 Resumen del capítulo

En este segundo capítulo se ha abordado el espacio asistencial de la Atención Primaria en relación con la problemática del tabaquismo. Tras desarrollar desde distintos enfoques el significado y la misión de la Atención Primaria y del médico de familia, como actor principal dentro de este nivel asistencial se ha centrado la atención en la actividad preventiva inherente al perfil de este profesional. Este recorrido es necesario porque el programa de tabaquismo forma parte de las actividades preventivas del médico de familia de entre las cuales destaca por su coste-efectividad.

Una vez despejado el camino conceptual hacia la atención al paciente fumador se ha detallado la base bioquímica de la dependencia nicotínica cuyo papel en el problema del tabaquismo es fundamental. Tras exponer cuál es la intervención internacionalmente recomendada frente al paciente fumador en la consulta se han explicado los modelos y técnicas mediante los cuáles el profesional debe adaptar su intervención a la actitud del paciente respecto de su propio hábito.

En el próximo capítulo se delimitará el marco conceptual del estudio revisando el conocimiento disponible sobre la aportación de la reflexión bioética a los problemas que entraña el abordaje del tabaquismo en la consulta del profesional de Atención Primaria.

Capítulo 3. Aportación de la bioética en la atención al paciente fumador.

Introducción al capítulo

En los dos primeros capítulos de este trabajo se ha profundizado en las consecuencias del tabaquismo y en la necesaria intervención que debe realizar el médico de familia para ayudar al fumador a liberarse del mismo. En este último capítulo del marco teórico se centra la atención en la aportación que la bioética está llamada a realizar para mejorar la calidad de esa atención frente al tabaquismo del profesional de Atención Primaria.

Tras aclarar conceptos básicos como la bioética y la ética clínica y su desarrollo en la historia reciente se pone el foco sobre la ética de la actividad preventiva. En el núcleo de este capítulo del marco teórico se detallan las cuestiones éticas que comprende la atención del tabaquismo en el contexto de la consulta del médico de familia.

Se clasifican estas cuestiones en los siguientes apartados:

- Cuestiones relativas a la autonomía del fumador
- Cuestiones sobre la legitimidad de la intervención del profesional
- Cuestiones de actitud del profesional ante el tabaquismo del paciente
- Cuestiones de equidad en la atención

Con la revisión del estado de la cuestión en relación con estas cuestiones se delimita el marco conceptual de la investigación realizada.

3.1 Origen y desarrollo de la bioética aplicada a la Atención Primaria.

La *bioética*, término que se atribuye a Potter (1971), tiene como objetivo el estudio sistemático del comportamiento humano en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud a la luz de los valores y principios morales (Post, 2003). Surge como respuesta a los interrogantes que se generan en la segunda mitad del siglo XX en el campo biosanitario. Los continuos y acelerados avances científicos y técnicos que vive la medicina en las últimas décadas del pasado siglo suponen éxitos incuestionables en la lucha contra la enfermedad y el sufrimiento, pero también riesgos y amenazas para el ser humano que hasta entonces no se hubieran imaginado siquiera. La posibilidad de prolongar la vida por medios artificiales, de sustituir órganos vitales mediante el trasplante de los mismos o de diagnosticar y seleccionar embriones *in vitro* antes de su implantación en el útero son sólo algunos ejemplos de estos avances en el campo biomédico que suscitan interrogantes morales. La certeza de que no todo lo técnicamente posible es éticamente admisible obliga a la comunidad científica y a la sociedad a elaborar una herramienta para la reflexión sistemática sobre los posibles conflictos éticos que pueden traer consigo esos avances.

Llegados a este punto conviene diferenciar los conceptos de *bioética* y *ética clínica* dado que no son sinónimos. La *ética médica* o *ética clínica* centra la atención de su estudio en el contexto clínico en el cual se encuentran el profesional y el paciente. La *bioética* alude a la disciplina cuyo cometido se ha presentado; es un término más amplio y no siempre acotado al espacio asistencial (Singer, Pellegrino, & Siegler, 2001).

Por otro lado en el marco de las sociedades democráticas a lo largo de la segunda mitad del siglo XX eclosionan los derechos de los pacientes en un contexto en el que los derechos humanos

están llamados a impregnar todos los ámbitos en los que se desarrolla la vida de los ciudadanos. Los usuarios de los sistemas sanitarios son más críticos y participativos y en ese sentido son cada vez menos “pacientes”. Hoy no es admisible desde un punto de vista ético ni jurídico el despotismo médico propio de la medicina hipocrática paternalista que durante siglos ha sido hegemónica. La relación entre el profesional y el paciente ha cambiado, por tanto, siendo el estilo que se traduce en el proceso del *consentimiento informado* el que viene a equilibrar la relación clínica actual.

Un importante valor que es proclamado y consagrado en textos constitucionales como el español es el derecho a la protección de la salud sin discriminaciones. La protección social que garantiza la asistencia sanitaria es un logro histórico de las sociedades occidentales. Esta asistencia se presta habitualmente en instituciones organizadas como empresas de servicios en las cuales la gestión de recursos es decisiva. Surgen en este contexto conflictos relacionados con la equidad entre los distintos actores de estas empresas; los profesionales, los pacientes y los gestores, que requieren también de la ética como herramienta para la toma de decisiones ante situaciones en las cuales se producen conflictos por colisión entre distintos valores.

Es a comienzos de los años 70 cuando en EEUU comienza a hablarse de bioética, como tal. En 1974 el Congreso estadounidense creó la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioural Research*, con el encargo de que identificara los principios éticos que deberían orientar la investigación biomédica. El *Informe Belmont* fue el documento que publicó esta comisión proponiendo tres principios que hoy son conocidos por todos en el campo sanitario: *autonomía*, *beneficencia* y *justicia*. El consentimiento informado, la ponderación entre riesgos y beneficios y la selección equitativa de los sujetos de experimentación son, respectivamente, la traducción en la práctica de los tres principios anteriormente citados.

Fueron Beauchamp y Childress (2012) quienes publicaron en 1979 su obra *Principles of Biomedical Ethics* en la que desarrollan un modelo ético partiendo de los tres principios desarrollados y propuestos en el citado *Informe Belmont* a los cuales añadieron el de *no maleficencia*. La propuesta de estos dos autores se dirigía a la resolución de dilemas en el campo asistencial tratando de articular un marco en el que pudieran dialogar las distintas tradiciones morales que coexisten en un mundo sociológicamente plural como es el contemporáneo. Es muy interesante su propuesta porque los mismos autores proceden de tradiciones muy distintas, dado que Tom Beauchamp es utilitarista, es decir que fundamenta la moralidad de las decisiones en las consecuencias de las mismas; mientras que James Childress es deontologista y, como tal, sostiene que la moralidad de una decisión se basa en los principios. En la práctica el debate en el campo de la bioética académica entre la tradición norteamericana de corte más utilitarista y la tradición europea, con marcado acento deontologista o kantiano sigue abierto. Aunque la tradición de la bioética norteamericana busca su fundamentación en los valores ampliamente compartidos, a diferencia de la europea, los principios de los que se viene tratando favorecen el diálogo y el encuentro dialéctico entre las distintas tradiciones y culturas en el campo de la bioética y la ética médica (Altisent, Martín Espíldora, & Serrat, 2014).

3.1.1 La bioética como método para la toma de decisiones clínicas.

En la práctica la tétrada de principios de la bioética; autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia, resultan útiles para iluminar el proceso de toma de decisiones en situaciones en las que aparecen conflictos o problemas morales que forman parte de la actividad clínica cotidiana. En nuestro país es Diego Gracia quien realiza una primera propuesta para la toma de decisiones jerarquizando los cuatro principios (Gracia, 1989). Habla así de una ética de mínimos, propia de

un primer nivel universal en el que se encuentran el principio de no maleficencia y el de justicia y una ética de máximos en un segundo nivel particular, en el que se sitúan los principios de beneficencia y autonomía.

Según el principio de no maleficencia tanto los profesionales como las instituciones sanitarias deben evitar medidas que puedan resultar dañinas para el paciente, por ejemplo medidas fútiles o que estén contraindicadas. Su primer deber, como reza la clásica expresión latina *primum non nocere* es evitar provocar un mal al enfermo. En este mismo nivel universal o de mínimos se encuentra el principio de justicia según el cual se debe tratar a todos los pacientes con equidad, sin ningún tipo de discriminación. La sociedad en general y los pacientes en particular exigen que la gestión de los recursos, por ejemplo el del tiempo en la consulta, se realice con criterios de equidad ajustando la dedicación de los mismos de acuerdo con las necesidades de cada paciente en cada momento.

En el nivel de la ética de máximos se encuentran los principios por el cual cada persona decide cuáles son sus valores vitales, cuál es la ética *privada* que va a orientar su vida para llevarla a buen puerto. Es en este segundo nivel donde se encuentran el principio de beneficencia, según el cual la actuación del profesional debe ser beneficiosa para el paciente en concreto, atendiendo a lo que este entiende que es un bien para sí. Muy relacionado con este se encuentra el segundo principio de este nivel, el de respeto a la autonomía del paciente, que conlleva el respeto a la libertad y responsabilidad del mismo. Todo lo relativo al proceso de información centrado en el enfermo para que pueda decidir, asumiendo que éste es capaz de hacerlo de forma responsable, guarda relación con el principio de autonomía. El *paternalismo médico*, cuyo anacronismo no le resta vigor en nuestros días, asume los tres principios anteriores pero no este último. En la

práctica se traduce en una falta de respeto de la libertad del paciente cuya decisión se tiende a suplantar por parte del profesional.

Es necesario destacar que la propuesta de Beauchamp y Childress, en la que se basa el *principialismo jerarquizado* de Gracia, anteriormente comentado, no es la única que se ha utilizado para articular métodos prácticos para la toma de decisiones éticas en situaciones de conflictos entre valores defendidos por los distintos actores que se encuentran en la consulta del médico de familia, por centrarnos en el contexto de la presente investigación. Otros métodos están orientados según la ética de la virtud de Pellegrino y Thomasma (1994) según la cual la moralidad de los actos o las decisiones está relacionada, no con los principios a los que responden o con las consecuencias que persiguen, sino con la virtud del protagonista de los mismos actos. Consideran los partidarios de la propuesta de Pellegrino que las decisiones ancladas en la disposición virtuosa del protagonista de las mismas serán acertadas y creativas. Este criterio dota de mayor flexibilidad al método, lo cual puede contribuir a reducir el malestar de las distintas partes implicadas derivado de la opción por uno u otro principio bioético (Gardiner, 2003).

En conclusión, a la hora de buscar un método para la toma de decisiones ante problemas éticos es preciso integrar todos los elementos implicados en las mismas: el sujeto que la protagoniza, la naturaleza del acto a decidir, las circunstancias que intervienen en la misma y las consecuencias de la acción. Uno de los métodos más aceptados en la práctica es la deliberación clínica que propone Gracia (2001). En el mismo se intenta ponderar con prudencia tanto los hechos, como los valores en conflicto y las consecuencias de cada curso de acción posible antes de decidirse por uno de ellos.

En el contexto de la Atención Primaria la propuesta de Nieves Martín Espíldora (2014) parte de los cuatro principios desarrollados prestando atención también a la ética de la virtud del profesional. Además de analizar las circunstancias concretas y las consecuencias de la acción siguiendo a Gracia introduce la formación y la experiencia como cuestiones prácticas relacionadas con la prudencia. Mediante la formación y la experiencia basada en la reflexión sobre casos anteriormente vividos el clínico desarrolla una sensibilidad ética que lo capacita para detectar cuestiones éticas cuya respuesta va a requerir un abordaje específico.

3.1.2 Cuestiones éticas en la práctica de la Atención Primaria

La detección de cuestiones con dimensión ética guarda relación con la sensibilidad del observador, con su experiencia personal y con sus conocimientos previos. Buil (2008) realizó en el mismo marco geográfico de la presente investigación un estudio para detectar y clasificar este tipo de cuestiones en Atención Primaria según criterios de frecuencia y relevancia a juicio de una red de observadores constituida por médicos de familia. Sorprende descubrir que entre las cuestiones más destacadas el problema de la distribución y gestión de recursos resultó ser el denominador común. Y es que resulta necesario categorizar estas cuestiones para poder facilitar la reflexión sobre las mismas y elaborar recomendaciones de cara a la puesta en práctica de soluciones adecuadas a los problemas detectados. Con este fin Altisent et al. (2014) proponen establecer tres categorías: cuestiones de actitud, cuestiones de decisión o problemas éticos y cuestiones operativas.

Las cuestiones de actitud tienen que ver con la implicación personal y el compromiso para procurar la mejor atención a cada paciente. Las tareas preventivas, sin ir más lejos, se quedan en la mínima expresión cuando el médico que atiende la consulta no presenta una actitud favorable

hacia su realización. La práctica diaria de la medicina de familia presenta innumerables situaciones que requieren de una buena actitud para que sean resueltas con calidad ética. La formación de los profesionales en compromiso y actitud tanto en pregrado como en postgrado es determinante para que sean buenos profesionales además de competentes. Esto también debería ser objeto de evaluación a lo largo de toda la vida profesional.

En segundo lugar se encuentran las cuestiones de decisión. Son los problemas o dilemas que con cierta frecuencia se le presentan al profesional. No suelen ser *grandes* dilemas con los que a menudo se vincula a la bioética sino más bien problemas cotidianos que requieren de una metodología para la toma de decisión cuando varios principios éticos entran en conflicto, como las que se han visto bajo el anterior epígrafe. En la cuestión que tiene por objeto esta investigación es común el conflicto entre beneficencia y autonomía cuando el profesional se cuestiona hasta dónde seguir presionando a un fumador que no quiere dejar el tabaco.

El tercer tipo de cuestiones éticas son los problemas operativos. En ocasiones existe una actitud favorable, no se dan problemas de toma de decisión pero, sin embargo, sí aparecen en el momento de la ejecución de la tarea. Es el caso, por ejemplo, del médico que no es capaz de reconducir a un paciente fumador cuando en la entrevista clínica evita constantemente la cuestión del tabaco. En estos casos el problema no es querer o decidir sino saber hacer la tarea concreta y organizarse para ello.

Estos tipos de cuestiones se encuentran fundidas entre sí en la práctica, sin embargo conviene diferenciarlas para poder definir los problemas que suscitan, investigar sobre ellos y buscar soluciones.

3.2 Ética de la actividad preventiva en Atención Primaria

Hace más de dos décadas McGinnis y Foege (1993) publicaban una revisión sobre las causas de muerte más importantes en Estados Unidos en la que concluían que aunque la población muere por causas como el cáncer o la cardiopatía isquémica las verdaderas causas estaban relacionadas con el estilo de vida; siendo el tabaquismo, el consumo de alcohol, el exceso de grasas saturadas en la dieta o el sedentarismo las más importantes.

La actividad preventiva pretende, entre otras cuestiones, modificar en la población y en el paciente concreto esos estilos de vida que generan muertes prematuras.

La cuestión que aborda la presente tesis doctoral se enmarca dentro de la reflexión en torno a la ética de la actividad preventiva que, como se ha expuesto, forma parte de perfil profesional del médico de familia. El vínculo de confianza que enmarca la relación clínica entre el médico de familia y el paciente puede potenciar la motivación de este último para cambiar hábitos de vida con el objetivo de prevenir importantes problemas de salud. Además al clínico “se le presentan numerosas ocasiones para realizar consejo sanitario o detección oportunista de enfermedades, dado que cada médico de familia atiende, como media, al 95% de sus pacientes en 5 años” (Losilla & Altisent, 2010, p. 499).

La responsabilidad en la prevención del médico de familia o del médico de Atención Primaria se mueve entre los márgenes de la salud pública, cuyo interés está centrado en la colectividad y la atención individual, cuyo interés está centrado en el paciente. La reflexión crítica más notable de los aspectos éticos que entraña la intervención preventiva del médico de familia plasmada en la literatura científica procede, como es lógico, de los campos de la Salud Pública y la Atención Primaria.

Aunque tradicionalmente se acepta el aserto de que *más vale prevenir que curar*, importantes trabajos procedentes de los mencionados campos científicos lo ponen en tela de juicio, como se mostrará a continuación.

En el campo de la promoción y prevención de la salud es obligado profundizar en el propio concepto de *salud* sobre el cual operan factores culturales, subjetivos, económicos y sociales. Hoy se aceptan como *nuevas enfermedades* lo que no son sino *factores de riesgo*, meras “asociaciones estadísticas entre variables” (Gérvás, Starfield, & Heath, 2008, p. 1998). El propio concepto de *normalidad*, muy relacionado con la variabilidad humana, está sometido a los factores anteriormente citados, dado que de los valores que la definan se van a derivar consecuencias transcendentales en términos de prescripción farmacéutica, sin ir más lejos. Por poner un ejemplo, las cifras de tensión arterial aceptadas como normales van a definir los límites diagnósticos de la hipertensión arterial que obligan a establecer un tratamiento farmacológico del cual se derivan importantes consecuencias para la salud y la economía (Gérvás et al., 2008). Por ello se ha establecido el concepto de *medicalización de la vida*, para referirse a este proceso de “creación de enfermedades” a partir de factores de riesgo o situaciones vitales fisiológicas (Merino, Miguel, & Sanz, 2005).

Resulta obligado en este punto destacar la valiosa reflexión de Ivan Illich en su obra *Némesis Médica*. En la misma realiza de forma pionera una crítica a la “medicina institucionalizada, que ha llegado a convertirse en una grave amenaza para la salud” (Illich, 1978, p. 8) tras rebasar los límites tolerables expropiando la capacidad de recuperación y adaptación del propio individuo. Su aportación sirve de referencia necesaria para numerosos autores que desde distintos enfoques han profundizado en la ética de la prevención.

3.2.1 Cuestiones éticas que entraña la actividad preventiva.

Los principios propuestos por Beauchamp y Childress resultan útiles para clasificar las distintas cuestiones éticas que surgen en el entorno de la actividad preventiva en Atención Primaria. De acuerdo con el principio de beneficencia es necesario asegurarse de que la efectividad de la intervención y sus resultados beneficiosos evaluados en la práctica se fundamentan en un grado de evidencia adecuado, lo cual no siempre es así (Gérvas et al., 2008). Para ello se dispone de la gradación de la calidad de la evidencia científica de los comités internacionales y nacionales de expertos en actividades preventivas como los citados *Canadian Task Force* (2003), *US Preventive Service Task Force* (1989) o, en nuestro país, el PAPPS (Rodrigo Córdoba et al., 2012), de los cuales se ha hablado en el capítulo anterior.

La máxima *primum non nocere* debe regir también la actividad preventiva en Atención Primaria. Gérvas et al. (2008) enumeran algunas consecuencias negativas que pueden causar este tipo de intervenciones: la atemorización del paciente a quien se le hace creer que está enfermo sin estarlo y la alteración de su capacidad para enfrentarse al dolor y a la muerte de acuerdo con su cultura son algunas de ellas.

El fenómeno del etiquetado al detectar un verdadero positivo produce en el paciente una preocupación ante el diagnóstico y la posible necesidad de más pruebas e intervenciones. El sobrediagnóstico que suponen muchas medidas de cribado como el de cáncer de próstata o el de mama identifica a un mayor número de pacientes de los que desarrollarán la enfermedad siendo los falsos positivos objeto de molestas pruebas y daños innecesarios. Por eso la valoración moral de este daño no es la misma cuando es el paciente quien solicita la intervención y es adecuadamente informado por su médico que cuando la intervención es el resultado de un reclutamiento oportunista realizado por el profesional.

La estigmatización sería la última de las consecuencias negativas de este tipo de intervenciones cuando estas tratan de detectar hábitos de vida no saludables. El paciente que se siente juzgado y culpable por su hábito no suele responder mejor a los consejos del profesional que aquel que se siente “respetado y apreciado tras un consejo prudente” (Losilla & Altisent, 2010, p. 32)

Garantizar la justicia distributiva es un importante valor moral para el profesional cuyos recursos siempre son limitados. El principio de justicia exige garantizar el acceso de todos los pacientes a las actividades preventivas sin discriminación pero también priorizar a aquellos grupos o pacientes que más vayan a rentabilizar esas medidas. El profesional debe decidir “qué intervención ofrecer, a quién y bajo qué circunstancias para cumplir con el criterio de la equidad” (Gérvás et al., 2008, p. 1999).

El tiempo es uno de los recursos más importantes, si no el primero, para el médico de familia. Debe distribuirlo entre la intervención preventiva y la terapéutica con arreglo a criterios de eficiencia. A la hora de la prevención de problemas relacionados con el estilo de vida, como es el caso del tabaquismo, resulta fundamental reconocer el estadio de predisposición al cambio según el modelo transteorético del cambio ya citado de Prochaska y Di Clemente (1986) para adecuar al mismo la intensidad de la intervención.

El conflicto que se establece entre la libertad y responsabilidad que subyace tras la opción de determinados pacientes por hábitos de vida no saludables y el deber de justicia de la administración sanitaria y los profesionales para con todos los pacientes ha sido objeto de serias reflexiones en la literatura. Puyol (2014) afirma que, si bien la autorresponsabilidad del individuo en sus propios hábitos es un bien a promover desde la salud pública porque puede mejorar el autocuidado, no debe utilizarse para priorizarlo a la baja en el acceso al sistema sanitario o a

determinados servicios del mismo. Considera que es muy difícil determinar el grado de responsabilidad que una persona tiene en la elección de sus propios hábitos ya que a menudo los determinantes sociales (educación, publicidad, entorno social...) han jugado un importante papel en la decisión. Si la comunidad tiene responsabilidad en esos factores sociales que determinan los hábitos de los individuos también “debería asumir su responsabilidad a la hora de invertir recursos y determinar prioridades” (Altisent et al., 2001, p. 746)

En el ámbito anglosajón Brown (2013) considera que la responsabilidad moral personal de conductas no saludables suele estar determinada por factores sociales y psicológicos sobre cuya importancia cada vez más investigaciones arrojan luz. El creciente interés en el campo de la salud pública por adecuar la gestión de recursos sanitarios de acuerdo con la responsabilidad moral personal sobre este tipo de comportamientos obliga a evaluar el grado de libertad y responsabilidad personal que subyace en este tipo de conductas. Concluye su trabajo asegurando que esta libertad está muy limitada por factores ajenos al propio individuo en muchos casos, por lo que no sería justo negarles el acceso a este tipo de recursos.

Por último se hablará de los problemas que surgen en la actividad preventiva en relación con la autonomía del paciente. Habitualmente tanto la educación sanitaria, como la promoción de la salud o los programas de salud pública son voluntarios. El proceso de consentimiento informado constituye el fundamento ético básico para la libertad de los individuos de elegir y tomar sus propias decisiones y resulta ineludible en el campo de la prevención. El paciente debe intervenir en las decisiones que le atañen y para ello es necesario que comprenda la naturaleza del problema, el acto clínico, sus riesgos, limitaciones, alternativas y consecuencias del mismo así como las de su no realización. El respeto del consentimiento informado implica la deliberación tratando de preservar los valores del paciente a toda costa. Muchos de los conflictos surgen

cuando el paciente no sigue las recomendaciones sobre modificación de hábitos de vida. El riesgo en estos casos es tanto *presionar* demasiado como *abandonar* al paciente a su suerte. Se hace necesario para el clínico el dominio de las habilidades propias de la entrevista clínica para no caer en ninguno de los dos errores (Altisent et al., 2000).

La gran cuestión en relación con el principio de autonomía desde el punto de vista de las políticas de salud pública es el *paternalismo* que las mismas entrañan en sí mismas. Este paternalismo, como afirma Buchanan (2008) requiere una justificación ética y práctica. El paternalismo es definido por Dworkin (1988, p. 121) como “la interferencia en la libertad de acción de la persona justificado por razón exclusivamente del bienestar... de la persona coercida”. Se puede distinguir entre un paternalismo *suave* que es aquel que se ejerce con una persona en virtud de su incapacidad para adoptar hábitos sanos por encontrarse dominado por adicciones a sustancias o por otras circunstancias. Y también existe el paternalismo *fuerte o duro* que se ejerce con una persona aun cuando se acepta que su capacidad para decidir está perfectamente conservada. Concluye su reflexión Buchanan afirmando que las intervenciones realizadas en nombre de la salud pública requieren un cierto consenso social sobre lo que se considera justo y sobre el mismo concepto de justicia social. Más allá del paternalismo que debe ser siempre limitado es necesario promover el valor de la responsabilidad personal para decidir, libremente y sin coacciones, cuidarse y cuidar a los demás.

3.3 Cuestiones éticas en la atención del tabaquismo desde Atención Primaria

Se tratará a continuación de mostrar el estado de la cuestión respecto al tema de la presente tesis doctoral. Una vez que se ha detallado cuál es el campo de la Atención Primaria, y el de la bioética, qué alcance y qué impacto tiene el tabaquismo en nuestro mundo y en nuestro país y

cuál es la razón de ser de la responsabilidad del médico de familia sobre la prevención y tratamiento del hábito tabáquico de sus pacientes, es preciso detallar cuál es la aportación de la bioética en este terreno.

Como se ha expuesto, la bioética estudia el comportamiento humano en el campo de las ciencias de la vida y la ética clínica, en concreto, lo hace en el campo de la atención sanitaria, a la luz de los valores para responder a los interrogantes que surgen en la práctica real (Siegler, 1979). En el marco de esta investigación surgen una serie de interrogantes éticos en la atención del profesional de Atención Primaria al paciente fumador que es preciso exponer detalladamente partiendo de la revisión de la literatura.

3.3.1 La decisión de comenzar a fumar.

El grado de libertad que entraña la iniciación en el tabaco de un joven requiere un examen detenido, dado que guarda relación con la actitud que el profesional debe mantener con él en la consulta al plantearse la cuestión del tabaquismo. La edad en que los jóvenes se inician en el tabaco permanece estable entre los 13 y 16 años en nuestro país (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015). Se trata de una etapa en la que el ser humano está acabando la etapa infantil y entrando en la adolescencia, por lo que tiende a rechazar la escala de valores y las normas que se le han transmitido desde estamentos paternos para tratar de configurar la suya propia. Siguiendo la teoría del desarrollo moral de Kohlberg, quien a su vez parte de las observaciones de Piaget, se diría que esta es la edad en la que el menor pasa del *estadio preconvencional* al *convencional*. Por tanto deja de asumir como única norma moral aquella que se le ha transmitido y así pasa de regirse según una *moral heterónoma* para hacerlo según una

moral autónoma, asumiendo normas morales como propias (Gracia, Jarabo, Martín Espíldora, & Ríos, 2001).

3.3.1.1 Factores condicionantes de la decisión de empezar a fumar.

Se aceptan una serie de *condicionantes de la decisión* de comenzar a fumar. Unos tienen que ver con el ambiente, como son la *accesibilidad y disponibilidad del tabaco*, bien por su “bajo precio en nuestro país en relación con países de nuestro entorno en comparación con los salarios y el I.P.C.” (Córdoba & Sanz Andrés, 2014, p. 275), bien por el incumplimiento de la regulación sobre la venta a menores.

El segundo factor ambiental es la *publicidad de la industria tabaquera* que, si bien se ha ido limitando en cumplimiento de la legislación en nuestro país, según Córdoba y Altisent (2004, p. 263) puede estar detrás del inicio en el tabaco de “uno de cada tres adolescentes”. El patrocinio de eventos deportivos, actividades juveniles, fiestas, la difusión de anuncios publicitarios, la vinculación a personajes famosos, actores, músicos que aparecen fumando en conciertos, películas, revistas... ha sido un vehículo para estimular el deseo de fumar en los jóvenes. La publicidad intenta vender la imagen de libertad e independencia vinculada al cigarrillo por lo que el joven aspira a realizar sus ansias de romper con la niñez consumiendo este producto prohibido para él. La estrategia de la industria del tabaco para aumentar su negocio se ha sostenido en la publicidad dirigida a los jóvenes en todo el mundo como se aprecia en la revisión de la literatura internacional que realizan Soto y García León (2009). En la misma se revisa documentación procedente de las grandes empresas multinacionales productoras de tabaco en la que reconocen, como también afirman Córdoba y Altisent (2004) que desde hace décadas sabían del poder

adictivo de la nicotina y del riesgo que entraña para los consumidores y especialmente para los menores, pero lo ocultaron deliberadamente.

Merece la pena destacar a este respecto la interesante selección de información procedente de los documentos internos de las grandes tabaqueras de los Estados Unidos desclasificados por orden judicial en 1998 y recopilada en el anexo del texto *50 mitos del tabaco* de Encarna Samitier y Rodrigo Córdoba (2009). La Fiscalía General de los EEUU bajo el mandato del presidente Clinton llegó a afirmar lo siguiente:

“La industria tabacalera sigue protagonizando la mayor y más prolongada conspiración civil en la historia de la humanidad” (Córdoba & Samitier, 2009, p. 156).

Esta “conspiración” ha privado durante décadas al consumidor y al joven que se inicia en el tabaco de conocer verdaderamente los riesgos que entraña el cigarrillo, lo cual tiene implicaciones éticas muy graves que entran de lleno en el ámbito de la presente investigación como se comentará más adelante.

Otro de los factores determinantes de la decisión del adolescente de iniciarse en el tabaco es, sin duda, la amplia *aceptación social del tabaco*. Fruto de la extendida, promocionada e interesada creencia de que el consumo de algún cigarrillo no supone un problema frente a otro tipo de drogas y, sobre todo, de su arraigada presencia en nuestra sociedad y nuestra cultura, el tabaco y su consumo goza, aún hoy, de buena imagen social.

La *presión de grupo* o *de pares* es otra razón para comenzar a fumar que se repite en distintos trabajos. Los jóvenes comienzan a fumar en grupo con el objetivo de integrarse en el mismo experimentando con distintas sustancias a modo de rito iniciático o de paso a la edad adulta (Álvarez Gutiérrez, 2006).

El *papel de la familia* como factor condicionante de la iniciación en el tabaco ha sido también demostrado en distintos trabajos (West, Sweeting, & Ecob, 1999). Las actitudes de los padres y hermanos mayores hacia el tabaco guardan relación con la probabilidad de que los niños se decidan a dar sus primeras caladas al cigarrillo.

Del mismo modo la *influencia de los educadores* y de aquellos que tienen un papel modélico de cara a los niños y jóvenes es importante como factor determinante de la decisión de comenzar a fumar (Álvarez Gutiérrez, 2006).

Entre los *factores personales* que pueden influir en la decisión se han invocado algunos rasgos de personalidad como la extroversión, la impulsividad, la baja autoestima (Canals, Bladé, & Domènech, 1997) e incluso factores genéticos que pueden predisponer al individuo hacia la adicción nicotínica (Li, Cheng, Ma, & Swan, 2003). Todos los factores explicados se recogen a continuación en la Tabla 5 a modo de resumen.

Tabla 5. Factores condicionantes de la decisión de comenzar a fumar

Factores sociales	Accesibilidad y disponibilidad del tabaco Publicidad de la industria tabaquera La aceptación social del tabaco
Factores ambientales	El ambiente que rodea al joven El tabaquismo en la familia La presión del grupo de amigos Influencia de los educadores
Factores personales	Psicológicos Genéticos

3.3.1.2 Elementos a considerar en una decisión libre.

Una vez planteados los determinantes que pueden influir en la decisión de comenzar a fumar es necesario preguntarse si esta decisión es libre. Para responder a esta compleja cuestión resulta útil acudir a la reflexión que realiza Pablo Simón (2001) sobre los elementos que dotan de validez

al proceso del consentimiento informado. Uno de estos elementos, la *voluntariedad*, puede quedar vulnerado si existe *manipulación* o *coacción*. Como se ha planteado, la estrategia de la publicidad ampliamente utilizada por la industria tabacalera, técnicamente muy bien diseñada, se ha propuesto durante décadas, y lo sigue haciendo, operar sobre aspectos inconscientes de la psicología del adolescente muy poderosos, como el deseo de independencia, la necesidad de liberarse de la norma establecida, el ideal de entrar en el mundo de los adultos... Todo ello se puede interpretar como estrategias de manipulación del joven para inducirle a consumir ese “producto simbólico que es el cigarrillo” (Rodrigo Córdoba & Altisent, 2004, p. 37). Por otro lado la presión que ejerce el grupo de amigos sobre el joven en un momento en que la pertenencia al grupo lo es todo para él limita también la voluntariedad del proceso de elección (Gutiérrez Jiménez, 2002).

El segundo de los elementos que es preciso para que una decisión sea libre es que se asiente sobre una información *completa, veraz y suficiente*. Como se ha detallado previamente la ocultación durante décadas del carácter adictivo y de otros riesgos que entraña el tabaco por parte de la industria productora y distribuidora permite afirmar que los fumadores hoy adultos no dispusieron de información suficiente para tomar la decisión de empezar a fumar de forma válida, es decir que fueron engañados por la industria.

El caso de los jóvenes que se inician hoy presenta diferencias. La disponibilidad de información sobre los riesgos que entraña el tabaquismo es muy amplia. Desde los propios paquetes de tabaco, hasta los medios de información o las redes sociales, pasando por los currículos docentes, se puede decir que la información de que disponen los jóvenes hoy es muy amplia. Sin embargo ello no permite asegurar que comprenden adecuadamente los riesgos que entraña el tabaco. El trabajo de Chapman y Liberman (2005) a este respecto concluye que incluso

en el fumador adulto el nivel de comprensión de los riesgos que supone el tabaco es muy superficial y que, por tanto, la industria tabaquera no está legitimada para embolsarse beneficios en tanto no demuestre que el fumador posee un adecuado nivel de comprensión de los riesgos que asume.

Queda un último elemento a considerar siguiendo el fundamental trabajo de Simón, el de la *capacidad*. Este es, como el mismo autor reconoce, el elemento más difícil de valorar en el proceso de decisión libre del paciente. También sucede así en la decisión de iniciarse en el tabaco por parte del joven en la actualidad. No conviene adelantar que todo menor es incapaz por el mero hecho de serlo, pero sí es necesario reconocer que esta competencia tiene que ver con la capacidad para comprender la situación a la que se enfrenta junto con las posibles consecuencias de su elección. En cualquier caso la *inmadurez* propia de la edad habitual de comienzo en el consumo de tabaco unida a los importantes riesgos para su salud, siendo el primero de ellos la dependencia a la nicotina, no parecen contribuir a la libertad de la decisión.

3.3.2 La dependencia del tabaco como cuestión ética.

Si la decisión de quien comienza a fumar sus primeros cigarrillos se ve muy determinada por los diversos factores anteriormente citados, la *dependencia nicotínica* que se establece con el consumo repetido obliga a cuestionar el grado de libertad que hay detrás de cada acto de fumar un cigarrillo. “La adicción es el factor clave que explica por qué el fumador continúa fumando aunque entre el 70% y el 80% confiesa que desearía no hacerlo” (Rodrigo Córdoba & Samitier, 2009, p. 19). Tras 2 o 3 años fumando regularmente la persona se convierte muy probablemente en fumadora por el desarrollo de la dependencia. Cuando esto sucede, en la mayoría de los casos aún el joven no ha alcanzado la mayoría de edad ni la madurez necesaria para tomar una decisión

que va a va a condicionar tanto su vida. Por ello hay autores que cuestionan que exista libertad de elección en la mayor parte de los casos (Córdoba & Sanz Andrés, 2014).

Llegado a este punto puede ser necesario diferenciar entre el ejercicio de la libertad formal y la toma de decisiones auténticamente voluntarias o libres. La *coacción interior* que experimenta un fumador debida a la dependencia opera sobre su voluntad para impedirle resistirse a ese impulso por encender un nuevo cigarrillo. Al examinar comportamientos humanos se pueden observar diferentes *grados de libertad* en función del nivel de *autodominio* del que nace una determinada conducta y de las repercusiones que ésta va a generar sobre la capacidad de autodominio de la persona (Rodrigo Córdoba & Altisent, 2004).

Wellman, Di Franza y Wood (2006) tras estudiar a fumadores ocasionales (*chippers*) en quienes no se ha establecido la dependencia, concluyen que hasta el 40% ha fracasado al menos en un intento de cesación tabáquica y presentan los mismos síntomas de abstinencia que aquellos con alto grado de dependencia. Por ello proponen que la evaluación de la dependencia no se base en la *escala de Fagerström* (véase Figura 9), ampliamente utilizada, sino en la *autonomía para el cese* para lo cual proponen la utilización de la escala HONC (*Hooked On Nicotine Checklist*). En otros trabajos DiFranza et al. (2002) se centran en adolescentes para estudiar en esa población la citada herramienta HONC (véase Figura 10) concluyendo que mediante la misma se puede evaluar la dependencia vinculando esta idea a la pérdida de autonomía sobre el propio hábito tabáquico. Estos autores han estudiado la pérdida de autonomía desde los primeros cigarrillos fumados por un joven (Ursprung & DiFranza, 2010). El modelo que proponen DiFranza y sus colaboradores, por tanto, asienta la definición de dependencia precisamente sobre la falta de autonomía para abandonar el tabaco. Se oponen así a la definición de dependencia que aparece en el manual DSM IV considerando su teoría de la autonomía superadora para definir la

dependencia del tabaco (DiFranza, 2002). Por su interés para ilustrar los aspectos que se han tratado de explicar se recogen en a continuación las mencionadas escalas de Fagerström y la escala HONC, ambas como herramientas para valorar la dependencia del tabaco.

1. ¿Cuanto tiempo tarda en fumarse el primer cigarrillo desde que se despierta?	2. ¿Le resulta difícil mantenerse sin fumar en los lugares donde está prohibido?	3. ¿Qué cigarrillo le costaría más abandonar?	4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?	6. ¿Fuma si se encuentra enfermo como para necesitar guardar cama durante la mayor parte del día?
0 a 5 min (3 puntos)	Sí (1 punto)	El primero del día (1 punto)	Más de 30 (3 puntos)	Sí (1 punto)	Sí (1 punto)
6 a 30 min (2 puntos)			21 a 30 (2 puntos)		
31 a 60 min (1 punto)	No (0 puntos)	Otros (0 puntos)	11 a 20 (1 punto)	No (0 puntos)	No (0 puntos)
Más de 60 min (0 puntos)			10 o menos (0 puntos)		

Puntuación total mayor de 6 indica dependencia elevada

Figura 9. Escala de Fagerström para valorar la dependencia nicotínica. Tomado de Heatherton et al. (1991)

Questions	No	Yes
1. Have you ever tried to quit, but couldn't?		
2. Do you smoke <u>now</u> because it is really hard to quit?		
3. Have you ever felt like you were addicted to tobacco?		
4. Do you ever have strong cravings to smoke?		
5. Have you ever felt like you really needed a cigarette?		
6. Is it hard to keep from smoking in places where you are not supposed to? When you haven't used tobacco for a while ... OR When you tried to stop smoking		
7. Did you find it hard to concentrate because you couldn't smoke?		
8. Did you feel more irritable because you couldn't smoke?		
9. Did you feel a strong need or urge to smoke?		
10. Did you feel nervous, restless or anxious because you couldn't smoke?		
Total score:		

Figura 10. Hooked On Nicotine Checklist. Tomado de DiFranza et al. (2002)

En resumen, tanto la decisión de iniciar el consumo de tabaco como la de seguir fumando una vez que la dependencia se establece están condicionadas por una serie de factores. El grado de libertad o de condicionamiento de estas decisiones y conductas requieren un análisis más detallado desde un punto de vista ético dado que apuntan a la primera incógnita de la ecuación que se plantea entre la autonomía del fumador, la responsabilidad del profesional para con la salud de su paciente y el deber de justicia con la sociedad. Algunos de los conflictos éticos que se plantean en la práctica surgen de las dudas con respecto a esta primera parte de la ecuación, la de la autonomía del paciente fumador.

3.3.3 Legitimidad de la intervención del profesional frente al tabaquismo.

La intervención del profesional de Atención Primaria sobre el hábito tabáquico de su paciente se presta a una reflexión desde el punto de vista ético que ha sido ya delimitada cuando se ha hablado de la ética de la actividad preventiva.

Si bien no caben dudas desde una *perspectiva poblacional* de que su intervención es legítima, a la hora de intervenir ante el paciente concreto la cuestión no está tan clara. Para el fumador activo el tabaco es un riesgo enorme, pero un riesgo al fin y al cabo, no una certeza. El beneficio potencial de la intervención del profesional solo alcanzará a una parte de sus pacientes, aquellos que dejen de fumar, y no todos serán beneficiados por igual. De la misma manera no todos los fumadores serán perjudicados inexorablemente por una enfermedad. Por lo tanto es necesario partir de que la justificación de la intervención del clínico en tabaquismo es la maximización del beneficio poblacional, dado que no es posible conocer quién sobrevivirá, quién enfermará y quién morirá a causa del tabaco. Esto sucede con todo hábito no saludable o factor de riesgo conocido, por ello es necesario conocer al menos el número de pacientes expuestos a ese factor de riesgo que es necesario tratar para evitar un evento mórbido o letal (Rodrigo Córdoba & Altisent, 2004).

En resumen, el hecho de que el profesional no conozca el nombre de los pacientes a quienes va a beneficiar con su intervención antitabaco no justifica su inhibición ante este problema aunque sí cabe una reflexión en la cual la ética clínica puede aportar luz.

Se sabe que la intervención básica frente al tabaquismo es una de las actividades preventivas más coste-efectivas que existen, “lo cual supone una razón de ética profesional de mucho peso que justifica y obliga a su inclusión en la práctica clínica habitual” (Rodrigo Córdoba & Altisent, 2004, p. 263). Por todo ello, como ya se introdujo al hablar de la actividad preventiva, la intervención en tabaquismo para el médico de familia es una responsabilidad que merece su lugar tanto en su cartera de servicios como en su quehacer cotidiano.

Una vez centrada la cuestión en la responsabilidad del profesional es preciso explorar las implicaciones que esta responsabilidad tiene en la práctica. Se profundizará para ello en dos

aspectos muy relacionados entre sí, el papel modélico o ejemplar de los profesionales sanitarios en su relación con el tabaco y la importancia de la formación del profesional en tabaquismo.

3.3.3.1 Papel modélico o ejemplar del profesional.

Entre las funciones que tienen los profesionales sanitarios frente a la epidemia del tabaquismo se ha hablado largo y tendido de la educadora y la terapéutica, pero también se invoca la función social que supone la implicación personal en la lucha por conseguir políticas de salud pública efectivas contra el tabaquismo. La última de estas funciones sería la función modélica o ejemplar. Esta función se considera más cercana al ámbito del presente estudio, por lo que se recoge dentro del marco conceptual vinculada a la responsabilidad del profesional frente al tabaquismo.

Nerín y Córdoba (1999) recuerdan que la OMS considera al personal sanitario y docente como ejemplar en la lucha contra el tabaquismo. Y se preguntan cuál es el alcance de esta ejemplaridad. ¿Se trata de que todo médico o enfermera debe proceder con una conducta intachable en todos los ámbitos de su vida? ¿Se debería incluir el deber de ejemplaridad en el *Código de Deontología Médica* como se planteó hace unos años en algunos foros profesionales? (Diario Médico, 2009). El sentido de esta función y de esta recomendación es reforzar con su ejemplo los consejos para la promoción de la salud que da o debería dar a sus pacientes.

La reducción de la prevalencia de tabaquismo entre los profesionales sanitarios se ha visto acompañada de la reducción en la población general de referencia, lo cual parece apuntar también al “papel modélico o ejemplar que juegan estos profesionales” (Jiménez Ruiz, 1997, p. 112).

Parece existir relación entre su hábito respecto al tabaco y la actitud que el profesional presenta en su práctica clínica ante el tabaquismo (Duaso, McDermott, Mujika, Pursell, &

While, 2014; Giorgi et al., 2015). Hay trabajos que apuntan que los médicos de familia fumadores se sienten menos efectivos a la hora de ayudar a sus pacientes a dejar de fumar (Kloppe et al., 2005). Otros autores afirman que los profesionales fumadores aconsejan menos y con menos intensidad que los no fumadores, si bien “cuando lo hacen pueden obtener resultados tan favorables como estos” (Rodrigo Córdoba & Altisent, 2004, p. 40). Un estudio internacional también coincide con los anteriormente citados en que los médicos fumadores tienden a realizar menos intervención frente al tabaco que los no fumadores (Pipe, Sorensen, & Reid, 2009)

Por lo tanto, la cuestión del hábito tabáquico del profesional puede tener implicaciones en su práctica clínica además de comprometer, si su dependencia nicotínica es demasiado evidente, su función modélica, tal como recogen distintos autores y organismos. En resumen, el hecho de que el profesional sea o no fumador se presta también a una reflexión desde el punto de vista de la ética en relación con la responsabilidad profesional.

3.3.3.2 Problemas éticos relacionados con la formación en tabaquismo del médico.

En nuestro país y en los de nuestro entorno la actividad dirigida a ayudar a los fumadores a abandonar su hábito forma parte de la cartera de servicios básica del médico de familia. Sin embargo existen una serie de obstáculos o barreras que dificultan en la práctica la realización de las recomendaciones en cuanto a *consejo antitabaco* e *intervención básica* del profesional de Atención Primaria en este campo. Stead y sus colaboradores estudiaron mediante una revisión internacional los factores que influyen en el compromiso de los médicos generales europeos en este tipo de actividades y los categorizaron en cuatro grupos; factores dependientes del paciente, características del profesional, factores estructurales y, por último, habilidades y conocimientos sobre estrategias para el cese. En tres de estas cuatro categorías aparece la formación o el

entrenamiento para la intervención adecuada en tabaquismo de forma más o menos explícita (Stead, Angus, Holme, Cohen, & Tait, 2009). Otra revisión sistemática publicada por Vogt, Hall y Marteau (2005) arroja como resultados que entre las creencias más destacadas por los que los médicos generales y de familia contrarios a plantear el cese de tabaco a sus pacientes se encuentran la falta de habilidad para hacerlo sin dañar la relación clínica, el considerar esta intervención inefectiva o que requiere demasiado tiempo. Todas estas razones encuentran parte de su origen, de algún modo, en la falta de formación.

Van Rossem et al. diseñaron un estudio con metodología cualitativa explorando la opinión de pacientes fumadores y profesionales sobre cuáles son las barreras que impiden que las tasas de consejo antitabaco sean más elevadas en Atención Primaria y qué soluciones existen. Concluyen que tanto el profesional como el usuario espera que sea el otro quien en la consulta plantee el asunto del tabaco. Entre las soluciones unos y otros apuntan a que el médico aporte su consejo antitabaco de forma habitual y se apoye en el profesional de enfermería para la intervención más intensiva (Rossem et al., 2015).

En este apartado se ha de destacar que numerosos trabajos se centran en la formación que los estudiantes de pregrado de Medicina reciben sobre tabaquismo. Ya hace 16 años Richmond (1999) llamaba la atención sobre el *déficit curricular* en las facultades de Medicina en lo que a formación para la deshabituación y el consejo antitabaco se refiere. Trabajos más recientes siguen alertando sobre la necesidad de mejorar en la formación de pregrado de los estudiantes. Chatkin (2009) concluye que parte de las oportunidades que pierden los médicos para aconsejar el abandono del tabaco a sus pacientes fumadores en la consulta se debe a carencias formativas en pregrado. Las carencias en *habilidades de comunicación* para abordar el tabaquismo de forma oportunista, la *falta de adaptación de los currículos* a un área en constante cambio como el del

tabaquismo y la falta de *visión transdisciplinar* del tabaco se apuntan en su trabajo como los problemas más acuciantes. Los propios profesionales en algunos casos, cuando se estudian sus conocimientos y sus habilidades para la intervención en tabaquismo apuntan que precisan mayor entrenamiento y formación en pregrado para el desarrollo de estas habilidades (Djalalinia et al., 2011)

Un hecho muy relevante es que numerosos estudios realizados entre estudiantes, residentes y médicos sobre su actitud, compromiso y formación para la intervención en tabaquismo relacionan estas cuestiones con su propio hábito fumador. A menudo el hecho de que el estudiante sea fumador influye en su percepción del problema y en su futura actitud como profesional ante el mismo.

El *Global Health Professional Students Survey* apunta en esa dirección. La prevalencia de fumadores entre los estudiantes de Medicina italianos y españoles es mayor que la de los polacos y alemanes e incluso superior a la prevalencia de tabaquismo en la población general de sus países. Puede existir relación con el hecho de que sean los estudiantes españoles e italianos quienes en menor porcentaje consideran que los profesionales sanitarios tiene un *papel modélico* en cuanto a su hábito tabáquico. Además las facultades de medicina de ambos países latinos dedican menor carga curricular al manejo del tabaquismo que las de los países centroeuropeos (La Torre et al., 2012). Este mismo estudio internacional, según se recoge en otro trabajo publicado con datos procedentes del mismo, concluye que los estudiantes en su mayoría no reciben entrenamiento ni formación suficiente para el abordaje del tabaquismo (Warren, Jones, Chauvin, A Peruga, & GTSS Collaborative Group, 2008). En otro artículo posterior (Warren, Sinha, Lee, Lea, & Jones, 2011) confirman esta necesidad de formación en tabaquismo los estudiantes que además, en su mayor parte, aceptan el papel modélico que tienen ante la sociedad

como profesionales sanitarios en formación. En nuestro medio el trabajo publicado por Nerín, Mas y Crucelaegui (2004) sobre la evolución de la prevalencia de fumadores, las actitudes y los conocimientos respecto al tabaquismo entre los estudiantes de 1º a 3º curso de la licenciatura de Medicina concluyó que sólo había mejoría en cuanto a los conocimientos sobre el tabaquismo en el primer ciclo de la licenciatura. El citado trabajo de Chatkin (2009) va más lejos apuntando a la responsabilidad de los profesores que fuman influyendo con su ejemplo en la conducta de sus alumnos de Medicina.

3.3.3.3 Responsabilidad del profesional de enfermería en la atención del tabaquismo.

Esta necesidad de formación se ha constatado también en los profesionales de enfermería. Su papel en el control de los factores de riesgo cardiovascular es destacado en diversos trabajos. Un grupo canadiense considera en una reciente publicación que los profesionales de enfermería de Atención Primaria están en una situación privilegiada para intervenir sobre estilos de vida por su mayor cercanía con el paciente y su mayor accesibilidad por lo que recomienda que lideren este tipo de intervenciones (Farrell & Keeping-Burke, 2014). En otro reciente estudio comparan la efectividad del consejo y control por parte de profesionales de enfermería sobre factores de riesgo frente a médicos de familia y concluyen que los primeros son al menos tan eficaces como los segundos en su control de estos problemas (Klemenc-Ketis, Terbovc, Gomiscek, & Kersnik, 2015). Una revisión Cochrane reciente confirma los buenos resultados que consiguen los profesionales de enfermería sobre todo cuando asumen el consejo antitabaco como una de sus funciones, por lo que aconsejan que todos los profesionales con este perfil incorporen esta práctica en su quehacer cotidiano (Rice, Hartmann-Boyce, & Stead, 2013).

El buen hacer de un profesional de enfermería aconsejando frente al tabaco a pacientes fumadores sirve de estímulo y es valorado en su formación por médicos residentes que tienen la oportunidad de aprender de este profesional cómo realizar una buena intervención. Eso es lo que concluyen un grupo de investigadores en una experiencia de formación interprofesional destacada (Mitchell, Brown, & Smith, 2009).

Habida cuenta de que los profesionales de enfermería pueden desempeñar un papel crucial en la intervención frente al tabaco en Atención Primaria es necesario y urgente adaptar los currículos del Grado de Enfermería para que incorporen la formación en tabaquismo (Sarna, Bialous, Rice, & Wewers, 2009). Estos profesionales deben mejorar en su formación de pregrado y posgrado en relación con las competencias necesarias para la intervención frente al tabaquismo la cual están llamadas a liderar de acuerdo con su perfil profesional según algunos autores (Barr, Houston-Miller, Hasan, & Makinson, 2013)

En resumen, aunque la formación en pregrado y postgrado para la intervención eficaz en tabaquismo ha mejorado en los últimos años aún queda mucho camino que recorrer para potenciar las habilidades y con ello la actitud y el compromiso de los profesionales para mejorar la atención en el tabaquismo.

3.3.4 Cuestiones de actitud del profesional en la consulta del paciente fumador.

Hasta este punto se ha revisado la evidencia disponible en cuanto a los aspectos relativos a autonomía del paciente para iniciarse en el tabaco y la dependencia como principal factor para mantener el hábito así como la legitimidad y responsabilidad del profesional para intervenir con el objetivo de ayudar a sus pacientes en el cese del tabaco.

Pero afirmar la responsabilidad del médico de familia en este terreno no es suficiente. Una cuestión ética fundamental es la de la actitud del mismo a la hora de abordar el tabaquismo en su consulta ante el paciente concreto. Se trata de analizar cómo se realiza en la práctica esta intervención dado que no cualquier tipo de intervención va a ser éticamente aceptable y es posible que ello tenga que ver con los resultados conseguidos en términos de deshabituación y de satisfacción del paciente y del propio profesional. Aunque, como se ha visto, se suele citar la escasez de recursos, y sobre todo, la escasez de tiempo, como una de las barreras principales para la intervención del profesional en tabaquismo es posible que la actitud sea más determinante que la disponibilidad de tiempo (Córdoba & Sanz, 2005).

Se van a tocar en este apartado aspectos muy relacionados con la habilidad para la comunicación y la entrevista clínica que resulta una herramienta clave cuyo dominio desde el punto de vista técnico requiere una actitud cercana a la excelencia profesional (Losilla & Altisent, 2010).

De lo expresado hasta este punto se traduce como una evidencia que la *inhibición* o *negligencia*, como norma, del profesional respecto al tabaquismo es inaceptable desde todo punto de vista. La misma valoración merece la inhibición del clínico ante problemas como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus cuya coste en términos de enfermedad y muerte es menor que el del consumo de tabaco (Córdoba & Sanz, 2005).

Poco más allá de la inhibición se encuentra la *actitud neutral* que se suele traducir en mensajes del tipo de “no fume” que no alcanza la categoría de intervención breve siquiera. Estos mensajes lanzados sin ninguna intención persuasiva y de forma impersonal alcanzan el mínimo de compromiso ético exigible por parte del profesional.

La *persuasión* es una de las aproximaciones más aceptables para el paciente fumador. Se trata de que el profesional le ayude a replantearse su propia actitud respecto al tabaco. La intervención breve, tal cual detallan Córdoba y Nerín (2002) traduce esta *actitud persuasiva*. El consejo personalizado propio de esta intervención, si se hace adecuadamente, trata de convencer al paciente para que se plantee el cambio, dado que la decisión le corresponde sólo a él mismo. Sin dejar de ser breve el clínico utilizará en cada momento aquellos datos y recursos procedentes de su conocimiento científico y personal del paciente, que crea más efectivos para convencerlo. De ese modo la persuasión puede tener distintos caracteres y así se puede hablar de *persuasión pragmática* cuando se centra en el beneficio individual que puede experimentar un paciente si deja de fumar, o *normativa* cuando parte de mandatos o normas que prohíben fumar en determinados espacios (Rodrigo Córdoba & Altisent, 2004)

Más cerca de la *excelencia clínica* se encuentra la estrategia de la *deliberación* que traduce un mayor *compromiso profesional* frente al tabaquismo. Según este enfoque, “una vez resueltos los aspectos cognitivos sobre el tabaquismo se trata de avanzar en la negociación con el paciente” siguiendo técnicas adecuadas y detalladas por Borrell y Bosch (2014) precisamente con el ejemplo del tabaquismo. El profesional actúa desde una actitud deliberativa cuando *acompaña* al paciente en la búsqueda de su propia *motivación intrínseca* que hará posible el cambio. Se trata de enfatizar la responsabilidad y el carácter personal de la elección que sólo le corresponde al propio fumador. La entrevista motivacional encaja dentro de esta actitud deliberativa dado que en la misma se considera al paciente como interlocutor válido capaz de aportar argumentos en el proceso de toma de decisiones, que finalmente le corresponden a él mismo. Es esta una estrategia centrada en el paciente, como se puede apreciar y por tanto, alejada de modelos *directivos* o

paternalistas que además de ser cuestionables desde el punto de vista ético consiguen resultados menos estables a largo plazo (Rollnick, Heather, & Bell, 1992).

Las estrategias o actitudes más directivas o paternalistas no son aceptables más que como excepción. Estas excepciones pueden ser casos en los que la autonomía del paciente se encuentre objetivamente muy limitada. Serán casos en los que el profesional puede optar por el paternalismo débil justificado por la precariedad de los elementos que dotan de validez al consentimiento informado; la capacidad, la voluntariedad o la información. En estos casos el profesional optará por decidir en lugar del paciente buscando su propio beneficio. En pacientes con graves enfermedades derivadas del tabaco, por ejemplo, el médico puede llegar a decir: “Como médico debo prohibirle que siga fumando un solo día más”. Desde la confianza que debe presidir la relación clínica y asumiendo la falta de capacidad del paciente para decidirse por sí solo a abandonar el tabaco puede llegar a dar resultado y gozar de justificación una conducta de este tipo. Es este un ejemplo que muestra cómo la táctica del profesional debe ser flexible para adaptarse a cada circunstancia “sin clausurarse en principios dogmáticos que no respondan a las necesidades reales del paciente” (Rodrigo Córdoba & Altisent, 2004, p. 38).

En ocasiones se recurre a la *acusación* del paciente con enfermedades crónicas o graves derivadas del tabaco. Esto supone una mala comprensión del carácter adictivo de su hábito que, como se ha visto, no se inicia en condiciones de máxima libertad habitualmente. Amenazarlo con romper la relación si no deja de fumar no es más que una forma de infravalorar la responsabilidad profesional con este tipo de pacientes. Tampoco el *recurso del miedo* es legítimo ni consigue grandes resultados porque en muchos casos la adicción es más poderosa. Sin embargo se sigue utilizando, lo cual traduce, de nuevo, una carencia en la formación en los aspectos comunicativos, éticos y técnicos necesarios para intervenir eficazmente ante el paciente fumador.

La clave en lo que se refiere al tipo de intervención es que esta se ajuste al grado de motivación del paciente para el abandono del tabaco. Una vez realizada la intervención breve de forma personalizada, además del consejo del que se ha hablado, se debe haber valorado en qué estadio del cambio se encuentra el fumador de acuerdo con el modelo transteorético de Prochaska y DiClemente (1986) que ha sido detallado en el anterior capítulo. Simplemente se desea destacar que en cada una de las fases en que el fumador se encuentre la intervención adecuada del terapeuta tiene una clara intención motivadora, bien sea mostrando la disponibilidad para ayudarlo si se decide a intentar el cambio, trabajando las motivaciones y resistencias o felicitando al paciente por su decisión de intentar romper con el tabaco.

De acuerdo con esta aproximación las intervenciones más intensivas se reservan solo para un pequeño porcentaje de fumadores que son los que están preparados y motivados para iniciar la deshabituación. En la mayor parte de los casos se trata de realizar intervenciones breves que eviten conflictos, resistencias, discusiones que además de deteriorar el clima emocional de la entrevista pueden generar en el profesional la impresión de que se está interfiriendo en la autonomía del paciente (Rollnick et al., 1992)

Esta estrategia personalizada requiere un *proceso deliberativo* con el paciente que merece una elevada calificación desde el punto de vista ético por dos razones. La primera se debe a que respeta el camino de maduración y motivación del paciente por lo que es del todo cuidadosa con su autonomía. Pero además, y esta sería la segunda razón, adapta perfectamente los recursos del tiempo y el esfuerzo del profesional a las circunstancias del paciente por lo que los rentabiliza según criterios de coste de oportunidad (Rodrigo Córdoba & Altisent, 2004).

Resumiendo, se puede afirmar que la actitud concreta de un profesional cuando aborda el problema del tabaquismo ante un paciente va a traducir su compromiso ético, su responsabilidad

profesional y su conocimiento y habilidad clínica en este campo y, por añadidura, va a obtener resultados más eficientes.

3.3.5 Cuestiones éticas en relación con la equidad en la atención.

Una última reflexión en lo que se refiere a la atención clínica al paciente fumador es la que surge prestando atención al principio ético de la justicia. La primera pregunta es si tanto el profesional como el sistema sanitario pueden limitar prestaciones o esfuerzos con el paciente fumador basándose en su falta de responsabilidad y cuidado por su propia salud. Se trata de ponderar derechos y responsabilidades del paciente y del propio sistema cuya cara visible en la consulta va a ser a menudo el profesional. ¿Hay correspondencia de esfuerzos y responsabilidades de ambas partes?. La respuesta a esta pregunta tiene que ver con problemas concretos que, si bien no dependen directamente de la decisión del profesional, sí van a condicionar el *microespacio* de la consulta en la que se da el encuentro clínico.

Estas cuestiones desbordan el ámbito de la presente investigación que se centra en el contexto asistencial de Atención Primaria, sin embargo requieren una cierta atención dado que pueden dar lugar a problemas de clara dimensión ética que se deslizan en el espacio de la consulta del paciente fumador.

Se aborda en el presente apartado el *papel de la administración pública* en la prevención y el tratamiento del tabaquismo. Este aspecto se ha expuesto ampliamente en el primer capítulo de este trabajo. Las políticas de salud pública para el control y la prevención del tabaquismo se concretan en numerosas medidas coercitivas para el fumador. La prohibición de fumar en espacios públicos cerrados o la política impositiva son sólo algunos de estos ejemplos. La capacidad política del Estado para influir en la vida cotidiana de los ciudadanos ha sido objeto de

numerosas reflexiones. La atención del médico al paciente fumador debe buscar apoyos en los cambios que el aparato regulador y ejecutivo del Estado provoca en la sociedad para motivar al paciente fumador desde el respeto.

Otro aspecto como es el controvertido asunto de la *financiación pública de los tratamientos* para la deshabituación tabáquica merece también ser objeto de reflexión ética. La ley 42/2010 de 30 de diciembre dispone en su artículo 12 la promoción del acceso a los medicamentos de probada coste-efectividad “valorando, en su caso la incorporación a la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud” (Ley 42/2010, 2010, p. 109191)

Lo cierto es que, en la actualidad, en nuestro país tan sólo alguna Comunidad Autónoma financia parcialmente el coste de los tratamientos para la deshabituación tabáquica. Como se ha expuesto con anterioridad estos tratamientos adecuadamente utilizados han demostrado su eficacia con un coste-efectividad superior al de otros tratamientos habitualmente financiados (Tønnesen et al., 2007; Pérez Trullen & Clemente, 2001). Esta es la razón por la que varios consensos de expertos recomiendan su financiación integrando esta medida dentro de la intervención sistemática frente al tabaquismo a realizar en distintos niveles asistenciales (Camarelles et al., 2013, p. 25).

Se han realizado, incluso, propuestas desde el ámbito de la Neumología para concretar esta financiación teniendo en cuenta los compromisos y riesgos a asumir por parte de los laboratorios farmacéuticos y la administración pública. Por otro lado los mismos autores proponen priorizar a la hora de financiar a grupos de fumadores con problemas de salud cuya mejoría o estabilidad clínica depende del cese del tabaco, o aquellos con especiales dificultades para el cese por su elevada dependencia o comorbilidad o bien aquellos profesionales sanitarios o docentes fumadores con un especial papel modélico de cara a la población general (Jiménez-Ruiz et al.,

2008). Desde Atención Primaria algunas voces apoyan esos mismos criterios de priorización defendiendo su financiación pública (Mataix Sancho, 2008)

Algunos argumentos que se manejan para oponerse a la financiación de estos medicamentos son el alto coste que supondría para las administraciones públicas financiadoras y el efecto motivador que puede suponer el que el paciente se costee personalmente el tratamiento.

El debate sobre la conveniencia o no de financiar públicamente los tratamientos continúa sujeto a controversia.

3.5 Resumen del capítulo

Este último capítulo teórico de la tesis tiene como protagonista a la bioética. Su origen y desarrollo permite definirla como una respuesta nueva a las nuevas preguntas que han surgido en el campo biomédico desde la mitad del siglo pasado. La actuación del profesional de Atención Primaria en el campo de la prevención no está exenta de interrogantes éticos que son desde hace años motivo de numerosas y necesarias reflexiones en la literatura. Su intervención para el tratamiento del tabaquismo también es ocasión de problemas en cuya médula se encuentran conflictos en el campo de los valores.

¿Hasta dónde puede llegar la presión del profesional para conseguir que un fumador se plantee el abandono del tabaco? ¿Cuál es el alcance de su responsabilidad profesional en materia de intervención frente a esta adicción? ¿Cuánto tiempo debe dedicar a esta cuestión en detrimento de otras tareas? Estas son sólo algunas preguntas para cuya respuesta se requiere de la ética aplicada con una metodología concreta.

En la revisión de la literatura se detectan diferentes cuestiones que se pueden situar en el campo de reflexión e investigación de la ética clínica.

Un primer bloque de cuestiones guarda relación con la libertad de la persona que comienza a fumar. Está aceptado que son varios los condicionantes que influyen en esta decisión con tan serias consecuencias para la vida y la salud. La dependencia nicotínica también guarda implicaciones éticas que el profesional debe tener en cuenta al plantear su intervención frente al tabaquismo.

Un segundo tipo de cuestiones tienen como protagonista al profesional. Su intervención en tabaquismo es una cuestión de responsabilidad, como lo es también la formación para que esta intervención sea competente y eficaz. Sus propios hábitos pueden tener repercusión en los resultados que consiga en términos de deshabituación.

En un tercer grupo se sitúan las cuestiones de actitud profesional. La actitud va a ser la resultante de la implicación del profesional derivada a su vez de todas las demás cuestiones.

Por último se han detallado cuestiones de equidad o justicia que el profesional no debe nunca obviar aunque no siempre estén del todo en su mano.

Las preguntas lanzadas y las cuestiones éticas en este campo asistencial acerca del tratamiento del tabaquismo detectadas en la literatura requieren de trabajos de investigación diseñados para proporcionar respuestas fundamentadas en la realidad clínica.

Como se planteará más adelante la investigación realizada en esta tesis doctoral aborda estas cuestiones partiendo de la realidad de las consultas y de la experiencia de sus protagonistas, profesionales y pacientes. Explorar las cuestiones éticas presentes en la consulta de tabaquismo del médico de familia y tratar de categorizarlas constituye, sin duda, un paso necesario para mejorar la calidad de la atención frente a uno de los mayores retos para la salud pública en nuestros días.





MARCO METODOLÓGICO

Capítulo 4. Objetivos, metodología y diseño

Introducción al capítulo

El capítulo anterior se centró en el marco teórico y conceptual del presente trabajo. Al final del mismo se planteó la necesidad de investigaciones que aborden los conceptos presentados para poderlos fundamentar con mayor solidez en datos procedentes de la práctica clínica habitual. Este es el sentido de la presente investigación.

La OMS, en su informe sobre determinantes sociales de la salud aboga por la utilización de la metodología cualitativa para responder a preguntas sobre estilos de vida dañinos para la salud a las cuales la estadística no puede dar respuestas. Utiliza el ejemplo del tabaco y cita numerosos autores de investigaciones cualitativas que respondieron este tipo de preguntas siguiendo métodos cualitativos. “Los responsables de políticas de salud pública con frecuencia no logran explicar por qué la gente fuma a pesar de la evidencia de su negativo impacto para la salud” (WHO Commission on Social Determinants of Health & World Health Organization, 2008, p. 187). Efectivamente, hay determinadas preguntas a las que no se puede responder con la estadística ni con métodos cuantitativos. Son precisos otros caminos para llegar a esas metas.

Este capítulo aborda el marco metodológico del estudio. Comienza planteando el propósito de la investigación, los objetivos de la misma y las preguntas de investigación. En coherencia con estas últimas se abordará el diseño del estudio. Previamente se realiza una aproximación metodológica en la cual se justifica la metodología elegida para dar respuesta a las preguntas de

investigación. Como se explica detalladamente, el marco metodológico de este trabajo, responde a un enfoque cualitativo. El diseño del mismo ocupa los siguientes epígrafes del capítulo. En el marco del diseño se centrará la atención en la población estudiada y en la selección de la muestra que ha sido objeto de estudio. Los aspectos relativos a la selección muestral y el diseño de los instrumentos de la investigación se describen de forma separada para las dos fases del estudio. Los instrumentos de recogida de información utilizados serán objeto de atención al final de este capítulo.

En este capítulo medular del marco metodológico se localiza, en definitiva, lo que se ha llamado “la caja negra” de la investigación realizada; los objetivos, las preguntas de investigación, el enfoque metodológico y el diseño.



4.1 Objetivos del estudio

Es preciso definir la sensibilidad desde la cual se aborda el propósito de la presente investigación. Para ello se ha tenido en cuenta la sensibilidad histórica, política y contextual tal como plantea Silverman (2006). De esta manera se ha tratado de contextualizar el problema de acuerdo con la sensibilidad del propio investigador dado que ello permitirá situar el propósito y objetivos del mismo de acuerdo con las coordenadas descritas por el autor anteriormente citado.

Desde una perspectiva histórica se puede advertir que estamos ante un cambio de paradigma. En el escenario de la actividad clínica de nuestro tiempo la autonomía del paciente ha adquirido un protagonismo sin precedentes en la historia de la medicina. Tampoco los criterios de equidad o justicia social merecían la atención del clínico en los tiempos en que la atención médica a quienes no podían financiarla no se procuraba fuera del marco de la beneficencia que poco tiene que ver con los actuales sistemas de salud. Esta evolución histórica de la relación clínica, marcada por la evolución de las sociedades y de los sistemas políticos por los que se rigen, se traduce en el campo de la prevención y tratamiento del tabaquismo en un escenario no exento de nuevos problemas de dimensión ética, insuficientemente estudiados hasta ahora.

El debate político existente en España en los últimos años en torno al tabaco es inagotable, si bien ha vivido momentos de especial intensidad coincidiendo con la entrada en vigor de las sucesivas leyes relativas a la prohibición de fumar en espacios determinados. Si a esto se le unen las políticas impositivas de las distintas administraciones públicas competentes en relación con los precios de venta del tabaco o la imposición legal de mensajes cada vez más crudos en los paquetes de tabaco se puede decir que el asunto sobre el que estamos investigando es prácticamente una cuestión política.

Un aspecto a destacar en este sentido es el choque de intereses de la industria productora y distribuidora del tabaco con los de las administraciones responsables de la gestión de la atención sanitaria. Este hecho muestra cómo la realidad política e institucional condiciona más de lo que se pueda pensar el *microcosmos* de la consulta clínica de Atención Primaria. La sensibilidad del investigador al poner el foco sobre el ámbito de la consulta del profesional que atiende al paciente fumador concreto parte de esa realidad institucional para buscar los ecos de la misma a ambos lados de la mesa de la consulta del clínico.

Adentrados en este pequeño espacio resulta de especial interés explorar el grado de libertad que existe en la decisión del joven que comienza a fumar tanto como el grado en que esta se pierde a medida que la dependencia va sometiendo al fumador muy a su pesar. Esta pérdida de libertad puede justificar la responsable intervención del profesional con el ánimo de ayudar al paciente a liberarse de un hábito tóxico que puede arruinar su salud. La actitud del profesional en este intento por ayudar a su paciente fumador puede verse condicionada por el contexto sociopolítico que tanto uno como otro respiran desde sus convicciones y creencias. Los recursos de los que dispone el profesional para esta tarea de la intervención sobre el tabaquismo de sus pacientes en un contexto en el que el tiempo y los medios son limitados plantean problemas de gestión que en último término guardan relación con decisiones políticas.

La actitud del profesional finalmente guardará relación, por tanto, con su percepción del tabaquismo como problema de salud cuyas implicaciones sociales y políticas son muy importantes como hemos visto.

El contexto geográfico en el que se plantea la investigación es el de la Comunidad Autónoma de Aragón. Las peculiaridades contextuales de Aragón van a marcar la procedencia, los planteamientos y las actitudes de los profesionales y usuarios participantes en este estudio. La

comunidad de Aragón desde el punto de vista sociológico está marcada por el envejecimiento de la población, la dispersión geográfica y el carácter rural de los habitantes de las tres provincias exceptuando la ciudad de Zaragoza (Departamento de política territorial e interior. Gobierno de Aragón, 2014). El contexto de trabajo profesional asistencial del investigador es un contexto rural en el que las características antes citadas marcan la realidad social y cultural. Por tanto el diálogo con la propia reflexión del investigador a la luz de los datos que proporcionen los participantes está marcado por esta realidad en la que uno y otros se mueven cotidianamente.

El propósito de la investigación es identificar aquellas cuestiones éticas que emergen en la las consultas del paciente fumador en Atención Primaria para incorporarlas en la formación de los profesionales con el fin de potenciar la calidad de la atención en este ámbito.

Los objetivos serían los siguientes:

Objetivo general: Explorar la opinión y experiencia de los profesionales y pacientes, con respecto a las cuestiones éticas que se plantean en la consulta del tabaquismo en Atención Primaria, de cara a potenciar la formación de los primeros en este ámbito.

Objetivo específico 1: Identificar las cuestiones éticas que aparecen en la consulta del paciente fumador en Atención Primaria.

Pregunta de investigación nº 1: ¿Cuáles son las cuestiones éticas que aparecen en la consulta del paciente fumador en Atención Primaria, según la opinión y la experiencia de los profesionales y usuarios que las protagonizan?

Objetivo específico 2: Identificar las cuestiones éticas que, por su importancia en la práctica, deberían incluirse en programas de formación para potenciar la calidad en la atención al tabaquismo.

Pregunta de investigación nº 2: ¿Cuáles son las cuestiones éticas, que, por su importancia en la práctica, deberían incluirse en programas de formación para potenciar la calidad en la atención al tabaquismo?

4.2 Aproximación metodológica del estudio

La respuesta al interrogante sobre las cuestiones de dimensión ética que se plantean en las consultas de los médicos de atención primaria a la hora de abordar el problema del tabaquismo de sus pacientes hay que buscarla en la propia reflexión y experiencia de los protagonistas de estas consultas. Resulta de especial interés conocer la opinión, la perspectiva y la experiencia de los *profesionales* de atención primaria en relación con su actividad clínica en las consultas con pacientes fumadores. Son ellos quienes experimentan estos interrogantes que dificultan y a la vez estimulan su tarea cotidiana.

Así mismo se hace necesario acercarse al otro protagonista de estas consultas, el *usuario* o *paciente*. Su experiencia y opinión respecto al tema que es objeto de esta investigación permite aproximarse al mismo desde otra perspectiva, la de quien vive la dependencia del tabaco y ve cómo ese problema es colocado sobre la mesa de la consulta. Cuestiones que forman parte del marco teórico de este trabajo relativas a las circunstancias condicionantes de la decisión de comenzar a fumar, o la actitud que esperan por parte del profesional para ayudarles a plantearse el cese no pueden explorarse sólo desde el punto de vista del profesional. Quien está llamado a protagonizar su propio proceso de liberación del tabaquismo vive la realidad desde una perspectiva cuya observación y análisis resulta fundamental en esta investigación.

Explorar, por tanto, la opinión de los profesionales y la de los usuarios puede proporcionar información más completa y cercana a la realidad sobre las mismas cuestiones éticas que

realmente aparecen en las consultas de atención primaria cuando se plantea la intervención sobre el tabaquismo.

En esta investigación se persigue abrir una brecha en el conocimiento de los problemas éticos que se plantean en las consultas del paciente fumador en atención primaria. Se busca la *inmersión en los datos* facilitados por los participantes para dialogar con los mismos desde la *sensibilidad teórica* y así poder conocer cuáles son en la práctica las cuestiones éticas que entraña la atención al paciente fumador en la consulta. Las preguntas de investigación y los objetivos que se plantean en este estudio, anteriormente expuestos, requieren una aproximación metodológica cualitativa.

Se ha seguido una *aproximación analítica mixta*, partiendo de una serie de conceptos deductivos procedentes del marco teórico detallado en los anteriores capítulos para permitir la *emergencia inductiva* de conceptos a partir de los datos. Se han utilizado, de esta manera, herramientas desarrolladas por la Grounded Theory, tal como la exponen Strauss y Corbin (2014).

Desarrollada inicialmente por Glaser y Strauss en 1967, la Grounded Theory o Teoría Fundamentada se basa en una serie de técnicas *iterativas* diseñadas para identificar *categorías* y *conceptos* en el texto que posteriormente son vinculadas formando modelos teóricos (Glaser & Strauss, 1999). Dado que este enfoque metodológico, procedente de las ciencias sociales no goza de la larga tradición que sí tienen los enfoques cuantitativos en la investigación médica se considera adecuado explicar brevemente a lo largo de los distintos apartados de este capítulo los elementos del mismo que son necesarios para comprender el flujo metodológico que se ha seguido. Con este mismo fin se ha elaborado una tabla con los términos metodológicos utilizados que se encuentra en el Anexo I.

La elección de esta aproximación metodológica viene determinada por el propósito de la investigación que se ha detallado con anterioridad. Un estudio con objetivo exploratorio como es el presente requiere métodos de naturaleza inductiva y flexible ya que se busca información que el investigador no puede anticipar. La utilización de métodos excesivamente estructurados basados en técnicas de recogida de datos como el cuestionario, limitarían la validez del estudio, precisamente porque categorizan la percepción de los participantes sin haber explorado previamente si esas respuestas fijas que se les facilitan recogen su verdadera opinión y experiencia (Guest, Namey, & Mitchell, 2013)

Interesa examinar actitudes, opiniones y percepciones de los profesionales y usuarios con arreglo a las cuestiones éticas que entraña la atención al tabaquismo en las consultas. Esos aspectos de la experiencia humana que van a ser objeto de estudio y análisis requieren unos instrumentos y métodos adecuados. Se trata de comprender sus puntos de vista, de entender sus actitudes según el sentido que los propios participantes les dan a las mismas. Para ello el investigador debe hacer un esfuerzo por mantener su opinión en suspenso para que sea la interpretación que los participantes proporcionan sobre sus propias opiniones y experiencias la que se ponga de manifiesto y no la propia del investigador. La reflexión del mismo enriquecida por la propia investigación que va desarrollando tiene mucha importancia pero no debe sustituir la interpretación que expresan los participantes. El proceso reflexivo del investigador va experimentando una evolución a partir de la información que va recogiendo de los participantes. Ser consciente de esta reflexión mediante su registro a través de anotaciones es de gran ayuda para la generación de resultados (Cuesta de la, 2003).

4.3 Diseño de estudio y fases del mismo

Se ha partido del propósito de investigación para proyectar un estudio transversal en dos fases. La primera de ellas se basa en la realización de entrevistas en profundidad a profesionales y usuarios. En la segunda fase se realizan dos grupos focales, el primero de ellos con usuarios y el segundo con profesionales de enfermería y medicina de familia. Más adelante se explicará el diseño de las distintas técnicas de recogida de datos.

El carácter flexible y circular del diseño nos ha permitido ajustar el mismo para que responda adecuadamente a los objetivos de la investigación. Esta es otra de las características de la investigación cualitativa, lo cual no compromete el rigor del estudio, sino más bien al contrario.

Los acontecimientos ocurridos en el campo de investigación frecuentemente obligan a redefinir el diseño para responder a los objetivos de la misma (Maxwell, 2013). De ahí la importancia que ha cobrado la *reflexividad* del investigador registrada en *notas de campo*, *diario de investigación* y *anotaciones* o *memos*. Como apunta Calderón (2011) sin este proceso reflexivo sistemático de cada decisión que se va tomando con criterios metodológicos se vería comprometida la calidad del estudio.

Por otro lado, parámetros como el tiempo disponible para realizar la presente investigación y la experiencia investigadora del responsable de la misma han obligado a delimitar muy bien la amplitud y la profundidad de la investigación a realizar (Miles, Huberman, & Saldaña, 2013). Estas cuestiones se han tenido en cuenta a la hora de optar por las técnicas de recogida de datos que se han diseñado.

En la primera fase del trabajo se realizarán *entrevistas semiestructuradas* a médicos de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Aragón, de distintos sectores sanitarios. Este instrumento se consideró apropiado porque el tema de investigación requiere de una interacción

del entrevistador para orientar los distintos aspectos sobre los que interesa que el participante proporcione información.

Se parte de preguntas abiertas para provocar la reflexión del participante que el entrevistador va dirigiendo hacia los temas previamente detallados. El orden de los temas que va tocando la entrevista no está prefijado sino que se adapta a la entrevista para facilitar que el participante se exprese con mayor libertad (Richards & Morse, 2007).

Se considera pertinente explorar en primer lugar la opinión y experiencia de los médicos de familia puesto que son ellos los primeros responsables de las actividades relacionadas con la prevención y tratamiento del tabaquismo en Atención Primaria. Su mayor experiencia en la práctica del abordaje y manejo del tabaquismo posibilita la validación del guión inicial de las entrevistas. También será posible la incorporación al mismo de cuestiones que, respondiendo a la pregunta de investigación, no se hayan tenido en cuenta en las primeras versiones del guión por no estar contenidas en el marco teórico. De nuevo hay que aludir a la flexibilidad del diseño como elemento determinante en este estudio.

Posteriormente se realizarán entrevistas semiestructuradas a usuarios fumadores en distintos estadios del cambio respecto de su hábito. Para ello se partirá del mismo guión utilizado con los profesionales pero adaptado a los usuarios de manera que permita explorar su opinión y experiencia de las mismas cuestiones comprendidas en los objetivos de la investigación.

Se realizarán las entrevistas por un mismo investigador. Se registrarán mediante una grabadora de audio y posteriormente se transcribirán las grabaciones de las mismas. Se prevé el análisis de dichas entrevistas una vez realizadas las primeras tres entrevistas como experiencia *piloto*.

En una segunda fase se realizarán dos grupos focales, uno de profesionales compuesto por médicos y enfermeras de Atención Primaria y otro de usuarios con distinta relación con el tabaquismo. El objetivo de esta técnica es conocer el discurso de distintos profesionales y usuarios con respecto a la pregunta de investigación favoreciendo la interacción entre los mismos.

Se pretende explorar tanto el discurso social existente sobre el tema objeto de la investigación como la opinión y experiencia personal que puede ser expresada como fruto de la interacción entre los distintos participantes del grupo. Se contará con un moderador para cada uno de los grupos (Calvente & Rodríguez, 2000).

La utilización de dos tipos de técnicas de recogida de datos, entrevistas individuales y grupos focales así como la exploración de la opinión y experiencia de profesionales por un lado y de usuarios por otro se plantean con el objetivo de posibilitar la *triangulación* en esta investigación. Este concepto alude al abordaje de un mismo fenómeno desde distintas perspectivas. Richards y Morse (2007) señalan que para que exista triangulación en un diseño debe darse necesariamente encuentro entre las distintas fuentes de datos que pretenden estudiar el mismo aspecto, de forma que puedan iluminarse, contrastarse o verificarse los resultados obtenidos por cada una de ellas.

El análisis de los datos obtenidos de las entrevistas y los grupos focales se realizará con la ayuda del programa informático ATLAS.ti 7. La estrategia proyectada para el análisis es inicialmente deductiva partiendo de conceptos procedentes del marco teórico pero desde un abordaje sensible a la emergencia de ideas relativas al tema de investigación desde los datos. En el apartado correspondiente se detallará todo lo relativo al análisis realizado.

A continuación se describe el diseño de cada una de las técnicas de toma de datos desarrollando para ello la selección muestral y el diseño del instrumento. El trabajo de campo y el momento analítico de las mismas se desarrollará en los siguientes capítulos.

4.3.1 Descripción del diseño de las entrevistas.

4.3.1.1 Población y selección muestral de los profesionales

La población diana en este estudio son los médicos de Atención Primaria y usuarios de las consultas de Atención Primaria. El ámbito del estudio es la Comunidad Autónoma de Aragón.

Para la primera fase del estudio se contó con dos informadores clave, ambos médicos de familia con amplia experiencia asistencial e investigadora en ética clínica y tabaquismo, que facilitaron la selección de los médicos participantes.

Se valoraron los siguientes criterios para elegir a los participantes:

- Que sean médicos de familia.
- Que trabajen en el ámbito del Servicio Aragonés de Salud.
- Que pertenezcan tanto a zonas rurales como urbanas de la Comunidad.
- Que pertenezcan tanto a centros docentes como a no docentes.
- Que tengan experiencia y formación básica en el manejo de la deshabituación del tabaco y en la atención al paciente fumador.
- Que la muestra incluya varones y mujeres
- Que la muestra incluya fumadores, no fumadores y ex fumadores.

Una vez realizadas las tres primeras entrevistas a profesionales como pilotaje se valoró el inicio del *muestreo intencional guiado teóricamente* hasta alcanzar la *saturación teórica* de las categorías y conceptos clave de la investigación. Este tipo de muestreo busca la representatividad

de acuerdo con perfiles de participantes definidos según el constructo teórico. Así se trata de asegurar la máxima variación de discursos (Calderón & Fernández de Sanmamed, 2014). También se utilizó el *muestreo en bola de nieve* mediante el cual cada participante facilita el acceso a otros participantes que entiende que pueden aportar información relevante de acuerdo con los objetivos del estudio (Richards & Morse, 2007).

La tipología de los participantes se definió partiendo del marco teórico teniendo en cuenta aquellas características que pueden influir en la opinión y experiencia de cada participante en relación con el tema del estudio. De este modo tras la transcripción y análisis de esas primeras entrevistas se seleccionan nuevos profesionales cuyo perfil es complementario a los participantes ya entrevistados con arreglo a los criterios de selección expresados anteriormente.

Inicialmente se seleccionaron profesionales con ejercicio en centros de salud de la ciudad de Zaragoza, pero también del sector de Calatayud, Huesca y Teruel. Las condiciones en que se desarrolla una consulta en el ámbito urbano y en el rural son muy diferentes en variables como la presión asistencial, la edad de la población atendida o la cultura de la misma. Esta variabilidad marca, sin duda, la experiencia y con ello la percepción de la cuestión de estudio por parte del profesional. Por ello se consideró importante seleccionar participantes de sectores rurales y urbanos de las tres provincias aragonesas.

4.3.1.2 Población y selección muestral de los usuarios.

Para la selección de usuarios se contó con dos médicos de familia por cuya experiencia y ejercicio profesional en dos centros de salud de Zaragoza fueron seleccionados como facilitadores de acceso (*gatekeepers*).

Se buscaban usuarios de distinta edad y sexo y distinta relación con el tabaco, desde no fumadores hasta ex fumadores. Entre los fumadores se seleccionaron pacientes en distintas fases del modelo del cambio ya explicado de (1986). Los profesionales les solicitarán su teléfono tras explicarles los objetivos y los términos de la investigación y, una vez logrado su consentimiento, el entrevistador los llamará para concertar con ellos la cita para la entrevista.

4.3.1.3 Diseño del instrumento. El guión de la entrevista

El guión inicial de la entrevista a profesionales se realizó con arreglo a los indicadores que a su vez parten de las categorías y conceptos teóricos como se muestra en el mapa del diseño que se localiza al final de este capítulo. Se trataba de explorar inicialmente las cuestiones que, partiendo del marco teórico, responden a las preguntas de investigación. Una vez concretado este guión se consultó con un grupo de expertos tanto en tabaquismo como en ética clínica con el objetivo de *validar* el instrumento. En ese proceso de *validación* se trataba de que estos profesionales con amplia experiencia asistencial, docente e investigadora en las áreas de ética clínica y tabaquismo valoraran si el guión de las entrevistas recogía las cuestiones éticas que ellos consideraban más relevantes en la atención al tabaquismo desde Atención Primaria. Tras este proceso se incluyeron algunos conceptos, que a juicio de los mismos debían ser explorados por su relación con la pregunta de investigación.

Por tanto, este instrumento ha sido flexible realizándose varias versiones del mismo para incorporar también conceptos que los propios participantes en las entrevistas señalaban repetidamente como cuestiones éticas relevantes. Cuestiones como la ejemplaridad del profesional en sus hábitos de vida o la financiación de los tratamientos para la deshabituación del tabaco fueron incorporadas al guión toda vez que *emergían* repetidamente en las entrevistas

realizadas. Asimismo se reformularon aspectos o incluso se eliminaron del guión cuestiones que, por ser excesivamente teóricas, no se comprendían adecuadamente por los participantes, o se entendían con sentidos muy diversos. Estas modificaciones en el guión de las entrevistas se dieron fundamentalmente tras las primeras entrevistas que sirvieron como pilotaje del estudio.

Al final de la entrevista, con el objetivo de que estas preguntas no pudieran interferir en el desarrollo de la misma se les solicitó a los profesionales una serie de datos que se consideran de interés para el análisis de las entrevistas relacionado con distintas variables. Éstos son:

- Año de nacimiento
- Año de licenciatura y años de ejercicio profesional
- Especialidad MIR del profesional
- Formación específica en tabaquismo y ética
- Hábito tabáquico

El guión que se diseñó para las entrevistas a usuarios partía del anteriormente descrito y sobre el mismo se realizaron las modificaciones necesarias para adaptarlo al lenguaje de los entrevistados y facilitar su comprensión. No obstante el guión se concibió como una herramienta para explorar las distintas cuestiones sobre las que se precisaba información. La técnica de la entrevista semiestructurada da prioridad a la expresión del participante, por lo que no se debe entender el guión como un cuestionario a cumplimentar. El orden de las preguntas se adaptó, como se explicará a continuación al discurso del participante.

En las páginas siguientes se recogen el guión diseñado para las entrevistas realizadas a profesionales en la Figura 11 y el diseñado para los usuarios en la Figura 12.

1	<p>Libertad del acto de fumar</p> <p>¿Es el fumador realmente libre cuando fuma? ¿La decisión de empezar a fumar es libre en el adolescente o joven? ¿Está adecuadamente informado acerca de los riesgos y consecuencias que entraña el tabaquismo? ¿Comprende realmente estos riesgos?</p>
2	<p>Autonomía y responsabilidad del fumador</p> <p>¿Es del todo responsable de su tabaquismo? ¿Se podría hablar de una cierta coacción interior cuando existe dependencia nicotínica?</p> <p>¿Tiene el fumador su autonomía y capacidad conservada para abandonar el tabaco?</p>
3	<p>Condicionantes del tabaquismo</p> <p>¿Qué le mueve a un joven a comenzar a fumar? ¿Se debería tener esto en cuenta a la hora de plantear la estrategia de intervención ante un fumador concreto?</p>
4	<p>Justicia y equidad</p> <p>¿Merece la pena dedicar tiempo de nuestra consulta, esfuerzo, recursos en programas de formación destinadas a los profesionales al paciente fumador? ¿Es justo darle cierta prioridad sobre otros problemas de salud? ¿La considera coste-efectiva?</p> <p>¿Considera un problema para el abandono del tabaco el precio de los medicamentos que ayudan en la deshabituación?</p>
5	<p>Legitimidad de la intervención del profesional</p> <p>Todo fumador y todo médico sabe que el tabaco hace daño a la salud. ¿Eso legitima al médico a intervenir sobre ese hábito personal del paciente?</p> <p>¿Se puede considerar legítima la intervención del profesional de la salud sobre los estilos de vida más o menos sanos o adictivos de sus pacientes?</p>
6	<p>Actitud del profesional</p> <p>¿Qué tipo de actitud se debería tener con el paciente? (Poner ejemplos de distintas actitudes posibles) ¿Y, de hecho, cuál es la actitud que usted suele mostrar?</p>
7	<p>Responsabilidad de otros profesionales en la atención del tabaquismo</p> <p>Desde su experiencia ¿Cree que son necesarias las consultas especializadas?. ¿Con qué criterios debemos derivar pacientes a las mismas?</p> <p>¿Tiene algún papel enfermería en este campo? ¿Se lo damos?</p>
8	<p>Casuística de problemas éticos</p> <p>¿Cuáles son los casos de pacientes que, a su juicio, entrañan mayor dificultad desde el punto de vista ético en cuanto al abordaje de su tabaquismo? ¿Podría ponerme algunos ejemplos? ¿Me puede contar cómo actuó usted en cada uno de estos casos? ¿Cómo cree que se debería haber actuado?</p>

Figura 11. Guión diseñado para las entrevistas a profesionales.

1	Libertad del acto de fumar
	¿Es el fumador realmente libre cuando fuma? ¿La decisión de empezar a fumar es libre en el adolescente o joven? ¿Está adecuadamente informado acerca de los riesgos y consecuencias que entraña el tabaquismo? ¿Comprende realmente estos riesgos?
2	Condicionantes del tabaquismo
	¿Qué es lo que a uno le hace comenzar a fumar? ¿Cuáles son aquellos condicionantes que nos empujan a comenzar con el hábito? ¿Por qué empezamos a fumar?
3	Justicia y equidad
	¿Cree que merece la pena dedicar tiempo de la consulta, esfuerzo, recursos en programas de formación destinados a los profesionales para que aborden este tema? ¿Es justo darle cierta prioridad sobre otros problemas de salud? ¿Considera un problema para el abandono del tabaco el precio de los medicamentos que ayudan en la deshabituación?
4	Legitimidad de la intervención del profesional
	Todo fumador y todo médico sabe que el tabaco hace daño a la salud. ¿Eso legitima al médico a intervenir sobre ese hábito personal del paciente? ¿Se puede considerar legítima la intervención del profesional de la salud sobre los estilos de vida más o menos sanos o adictivos de sus pacientes?
5	Ejemplaridad del profesional
	¿Cree que los hábitos del profesional influyen en el éxito de los consejos que le da al paciente sobre sus propios hábitos?. ¿Debería predicar con el ejemplo?
6	Actitud del profesional
	Si la entendemos como legítima ¿Qué tipo de actitud se debería tener con el paciente? (Poner ejemplos de distintas actitudes) ¿Y, de hecho, cuál es la actitud que usted ha percibido en su médico? ¿Cuál le hubiera gustado que tuviera con usted?
7	Necesidad de consultas especializadas
	Desde su experiencia cree que son necesarias?. ¿La deshabituación del tabaco lo deberían llevar en estas consultas o los médicos de Atención Primaria? ¿Tiene algún papel la enfermera en este campo? ¿Cuál es su experiencia en este sentido?
8	Casuística de problemas
	¿Se le ocurre algún otro problema de este tipo en el campo del abordaje del tabaquismo en Atención Primaria?. ¿Cuáles son los problemas de este tipo que usted vive o vivió durante su proceso de abandono del tabaco? ¿Me puede contar cómo actuó usted y su médico en cada uno de estos casos? ¿Cómo cree que se debería haber actuado?

Figura 12. Guión diseñado para las entrevistas a usuarios.

4.3.2 Descripción del diseño de los grupos focales.

El *grupo de discusión* o *grupo focal* es la reunión de un grupo de individuos seleccionados por un investigador o investigadores, bajo la dirección de un moderador para discutir y elaborar desde la perspectiva personal una temática o hecho social que es objeto de la investigación (Calvente y Rodríguez, 2000) . El grupo focal constituye una técnica especial, dentro de la más amplia categoría de la entrevista grupal, cuyo sello característico es el uso explícito de la interacción para producir datos que serían menos accesibles sin la interacción del grupo (Richards & Morse, 2007). La propia técnica se diseña pidiendo a los participantes que sobre un tema en concreto dialoguen entre sí, establezcan debates, se apoyen o discutan. Interesa en esta investigación que la interacción entre los participantes facilite explorar las cuestiones éticas que son objeto del presente estudio.

Entre las ventajas de esta técnica hay que destacar que permite recoger gran cantidad de datos en una o dos horas de duración, a diferencia de la entrevista individual. Además proporciona una descripción global de los conocimientos, actitudes y comportamientos sociales de un colectivo informándonos sobre la visión de las ideas, valores y opiniones más dominantes en un grupo.

Pero no todo son ventajas, también el grupo de discusión tiene sus limitaciones. Una de las mismas es la inhibición que algunos de sus componentes puede experimentar a la hora de expresar sus opiniones ante los demás, sobre todo si entre ellos hay relaciones jerárquicas o diferencias importantes de clase social o cultural. Para ello es necesario crear un ambiente que favorezca la libre expresión de todas las personas. Otra desventaja respecto a otras técnicas es la posibilidad de que el discurso se aleje de los objetivos de la investigación perdiéndose con ello un tiempo y esfuerzo demasiado valiosos. La tercera limitación es que no siempre se puede profundizar en un aspecto concreto como en el caso de las entrevistas. Por ello las características

del moderador son esenciales para que el grupo focal cubra los objetivos para los que se ha diseñado (Calderón & Fernández de Sanmamed, 2014).

Se diseñaron y realizaron dos grupos focales, el primero con usuarios y el segundo con distintos profesionales. A continuación se detallan los aspectos concretos del diseño de los mismos.

4.3.2.1 Población y selección muestral de los profesionales

Con el objetivo de aumentar la variabilidad se seleccionaron dos tipos de profesionales en este grupo. Por un lado se seleccionaron enfermeras para formar parte del mismo. Interesaba escuchar la opinión de las enfermeras porque en el curso de la investigación se había valorado por parte de los participantes y el investigador su experiencia en el manejo del tabaquismo con los pacientes en Atención Primaria. Como se ha detallado en el marco teórico forma parte de su competencia profesional el abordaje coordinado con el médico de las actividades preventivas, entre las que se encuentra el manejo y la prevención del tabaquismo. La experiencia publicada en la literatura concluye que son efectivas en su intervención frente al tabaco, por lo que el reto es que hagan de esta práctica algo habitual (Rice et al., 2013).

También se incluyó a dos médicos de familia jóvenes cuya percepción del tema de investigación resultaba interesante explorar, dado que entre los participantes en la fase de entrevistas este perfil era poco común. Se incluyó para finalizar un par de médicos de familia con amplia experiencia clínica.

4.3.2.2 Selección muestral del grupo de usuarios

El grupo se proyectó con usuarios de las consultas de tabaquismo proporcionadas por una asociación sin ánimo de lucro dedicada a la prevención y tratamiento del tabaquismo en Aragón. Se contactó para ello con una de las responsables de dicha asociación que, facilitó teléfonos de distintos usuarios tras pedirles su colaboración. Previamente se le solicitó por escrito su colaboración explicándole los términos y objetivos del presente estudio y los perfiles de usuarios que se buscaban. Entre los usuarios disponibles y con el ánimo de conseguir máxima variabilidad tal como explican Miles, Huberman y Saldaña (2013) se seleccionaron siete usuarios con perfiles diferentes, los cuales se detallan más en el siguiente capítulo.

4.3.2.3 Diseño del instrumento. El guión de los grupos focales.

Para poder desarrollar la técnica de acuerdo con los objetivos prefijados se realizó una validación del guión inicial consensuándolo con el grupo de expertos en ética y tabaquismo que se ha mencionado previamente. Los ítems de dicho guión procedían de las preguntas de investigación como se detalla en el mapa de la investigación que se recoge al final del presente capítulo. También se tuvo en cuenta que estas preguntas apelaran a la experiencia y la opinión de los participantes huyendo de conceptos excesivamente teóricos que pudieran dar lugar a racionalizaciones alejadas de la vivencia real de los profesionales y usuarios.

Los puntos que habrían de centrar la discusión fueron los que se detallan en la Figura 13 que se recoge en la página siguiente.

1	Apertura <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación del moderador, mostrando cercanía y calidez 2. Bienvenida y agradecimiento a los participantes 3. Solicitud del consentimiento informado por escrito a cada participante. Garantía de confidencialidad en el manejo de la información 4. Presentación de los asistentes, valorando su presencia y especial aportación como participantes en el grupo focal 5. Explicación de la dinámica grupal y de los objetivos del grupo: “Vamos a debatir sobre las cuestiones éticas que aparecen en la consulta de Atención primaria al paciente fumador”. 6. Funcionamiento y duración prevista de la sesión 7. Aclarar el papel del moderador
2	Conducción y desarrollo. Guión temático <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Es libre la decisión de comenzar a fumar? 2. ¿Cuáles son los condicionantes de esa decisión? 3. ¿Está legitimado el profesional para tratar de que el paciente acabe con el hábito de fumar? 4. ¿Merece la pena dedicar tiempo y recursos destinados a la intervención de los profesionales sobre el tabaquismo de sus pacientes? 5. ¿Influyen los hábitos de los profesionales en el éxito de sus propios consejos sobre el tabaco? 6. ¿Desde qué actitud intervienen los profesionales y cómo deberían hacerlo? 7. ¿Es el médico el único responsable en este tema o tiene algún papel la enfermera? ¿Y la consulta especializada? 8. ¿Qué otras cuestiones éticas considera que existen en el abordaje del tabaquismo por parte del profesional en la consulta?
3	Cierre <ol style="list-style-type: none"> 1. Dedicar un tiempo a los aspectos sobre los que existe consenso 2. Agradecimiento por su colaboración y despedida.

Figura 13. Guión diseñado para los grupos focales

4.3.3 Mapa del diseño.

El mapa del diseño de la investigación es una representación gráfica del proceso del diseño realizado desde los objetivos y las preguntas de investigación. Se ha optado por mostrarlo al final de este capítulo para facilitar la comprensión del diseño del estudio y de las técnicas de recogida de información. En el capítulo 7, dedicado al análisis se realizarán numerosas referencias a esta figura también.

Esta representación integra el marco conceptual del estudio, los objetivos de la investigación, y el diseño con el que se trata de responder a los mismos. La estructura del mapa consta de varias columnas. La primera columna es la de la pregunta de investigación formulada a partir del objetivo general del estudio. La siguiente muestra los conceptos procedentes del marco teórico desarrollado en el capítulo anterior. Estos conceptos se articulan deductivamente en una serie de categorías, las cuales se concretan en unos indicadores. Estos últimos son definidos en la columna realizada para tal fin. A la derecha de la descripción de los indicadores se han situado las preguntas de los guiones diseñados para las técnicas de recogida de datos.

De esta manera el marco conceptual se ha hecho operativo para favorecer el diseño de las entrevistas y grupos focales que permitan responder a los indicadores procedentes del citado marco conceptual. Como se detallará en los capítulos siguientes el mapa conceptual ha sido clave para el proceso de análisis cualitativo realizado.

En resumen, el mapa del diseño ha supuesto en esta investigación la “carta de navegación” que ha posibilitado la orientación del diseño, el desarrollo y el análisis de la misma.

Pregunta de investigación	Conceptos	Categorías	Indicadores	Descripción	Pregunta guión	Técnica
¿Cuáles son las cuestiones éticas existentes en la atención al paciente fumador en AP?	1. Autonomía	1.1 Decisión de inicio	1.1.1 Información sobre el tabaco	1 Conocimientos sobre el tabaco que permitan decidir con libertad	1.1.1 ¿Está adecuadamente informado el joven sobre el tabaco cuando empieza a fumar?	Entrevista Grupo focal
			1.1.2 Comprensión de los riesgos	1.1.2 Comprensión de los riesgos adecuada para decisión libre	1.1.2 ¿Comprende los riesgos que entraña el hábito de fumar el joven cuando empieza?	Entrevista Grupo focal
			1.1.3 Condicionantes de la decisión de inicio	1.1.3 Factores que condicionan la decisión de inicio	1.1.3 ¿Qué le hace a un joven comenzar a fumar?	Entrevista Grupo focal
	2. Legitimidad de la intervención	1.2 Dependencia	1.2.1 Dependencia	1.2.1 Coacción interna experimentada por el fumador	1.2.1 ¿Supone la dependencia una pérdida de capacidad para el cese?	Entrevista Grupo focal
	2. Legitimidad de la intervención	2.1. Responsabilidad profesional del médico	2.1.1 Legitimidad de la intervención	2.1.1 La intervención del médico es legítima	2.1. ¿Está legitimado el profesional para sacar el tema del tabaco en la consulta?	Entrevista Grupo focal
			2.1.4 Ejemplaridad en sus hábitos	2.1.4 Deber del profesional de mantener cierta coherencia entre sus hábitos y sus consejos	2.1.4 ¿Se podría hablar de un deber de ejemplaridad del profesional?	Entrevista Grupo focal
		2.2. Responsabilidad de otros profesionales	2.2.1 Enfermería	2.2.1 Responsabilidad de enfermería en el abordaje del tabaquismo	2.2.1 ¿Qué papel juega la enfermera en el abordaje del tabaco?	Entrevista Grupo focal
			2.2.2 Consultas antitabaco	2.2.2 Papel de consultas antitabaco	2.2.2 ¿Qué papel juegan las consultas antitabaco?	Entrevista Grupo focal

Figura 14. Mapa del diseño de la investigación (I)

Pregunta de investigación	Conceptos	Categorías	Indicadores	Descripción	Pregunta guión	Técnica
¿Cuáles son las cuestiones éticas existentes en la atención al paciente fumador en AP?	3. Justicia	3.1 Intervención adecuada a motivación	3.1.1 Rentabilidad de la intervención	3.1.1 Tiempo y esfuerzo en función de resultados esperados	3.1.1 ¿Merece la pena dedicar tiempo y esfuerzo a la deshabituación?	Entrevista profesionales Grupo focal profesionales
			3.1.2 Coste-efectividad de la intervención			
	4. Actitud profesional	4.1 Inhibición	4.1 Inhibición	4.1.1 No trata el tema del tabaco	4. ¿Qué tipo de actitud tiene y cuál se debe tener con el paciente en relación con el tabaco?	Entrevista y grupo focal pacientes y profesionales
		4.2 Persuasión	4.2.1 Consejo antitabaco	4.2.1 Consejo breve oportunista		
			4.2.2 Información	4.2.2 Proporciona datos		
		4.3 Deliberación	4.3.1 Acompañar en la decisión	4.3.1 Plan para ayudar a que decida cesar		
			4.3.2 Intervención motivadora	4.3.2 Actúa como facilitador del cambio		
		4.4 Imposición	4.4.1 Imponer la decisión	4.4.1 Actitudes directivas sin respeto por preferencias del paciente		
			4.4.2 Actitud paternalista	4.4.2 Asume la responsabilidad que le corresponde al paciente		
			4.4.3 Intransigencia	4.4.3. Rigidez y falta de aceptación de criterios diferentes		

Figura 14. Mapa del diseño de la investigación (II)

4.4 Resumen del capítulo

El presente capítulo se ha centrado en el diseño de la investigación. Se ha comenzado definiendo el propósito y los objetivos del estudio para desarrollar en el siguiente apartado el enfoque metodológico. La pregunta de investigación guía el diseño, y por tanto se precisa de una aproximación cualitativa para tratar de responder a las preguntas de este estudio. El diseño se estructura en dos fases, en la primera se han realizado entrevistas semiestructuradas a profesionales y usuarios. En la segunda ha sido el grupo focal la técnica que se ha diseñado para recoger información mediante la interacción entre sus participantes. La diversidad de técnicas y de perfiles de participantes pretende favorecer la triangulación a la hora de analizar los resultados obtenidos.

La última sección de este capítulo se ha dedicado a exponer el mapa del diseño de la investigación cuya importancia ha sido clave para la orientación de todo el proceso.

En el siguiente capítulo se pone en práctica el diseño aquí desarrollado. Se describirá el trabajo de campo realizado para tratar en el último capítulo metodológico el análisis cualitativo que se ha llevado a cabo.

Capítulo 5. Desarrollo de la investigación

Introducción al capítulo

En el presente capítulo se aborda el desarrollo del trabajo de campo de la investigación en coherencia con los aspectos planteados en el capítulo anterior, los objetivos y preguntas de investigación y el diseño de la misma.

Se detalla en primer lugar el escenario en el que se realizaron las entrevistas y los grupos focales con pacientes y profesionales, así como su composición. Las funciones del moderador y el entrevistador y la técnica que siguió en las entrevistas y los grupos son explicados con detalle en el siguiente apartado. Las características de los participantes en relación con las variables que motivaron su selección, como el sexo, la edad o su relación con el tabaco son enumeradas en este capítulo.

Un apartado a tener en cuenta es el del cronograma, en el que se detalla en el tiempo toda la investigación desde sus inicios hasta la redacción de la presente memoria.

Finalmente se plantean los criterios de rigor metodológico que se han tenido en cuenta a lo largo de la investigación, tratando de explicar el sentido de cada uno de ellos así como los aspectos concretos con los que se ha respondido a sus requerimientos. Los aspectos éticos que se han tenido en cuenta en el desarrollo de la propia investigación y el compromiso del propio investigador con la ética de la investigación en el transcurso de la misma conforman la parte final del capítulo.

5.1 Desarrollo de las entrevistas.

Se realizaron las mismas en el centro de salud de cada participante, tanto en el caso de los profesionales como en el de los usuarios. Se entrevistó a los profesionales en su propia consulta y a los usuarios en la biblioteca de su centro de salud o en una consulta del mismo. Se concertó previamente la entrevista mediante conversación telefónica con los participantes acordándose la fecha y hora de las mismas. En la misma conversación se les informaba sobre la naturaleza y objetivos de la investigación solicitando su colaboración. Se acordaba con los participantes la duración máxima prevista de la entrevista que se fijó en 30 minutos. Todas las entrevistas fueron registradas con grabadora de audio para su posterior transcripción y análisis.

El responsable de entrevistar a todos los participantes fue el propio doctorando. Se formó y entrenó para ello durante dos semanas antes de empezar con la primera entrevista. Se consideró que actuando adecuadamente, sin definir su posición ni su opinión, mostrando baja reactividad, escucha activa y empatía podía facilitar el desarrollo de las entrevistas a la vez que recogía toda la información posible comenzando su *inmersión* en los datos desde la misma recogida de la información.

Para el desarrollo concreto de cada entrevista se siguió el siguiente guión operativo:

A. Apertura

- a. Presentación del entrevistador mostrando cercanía.
- b. Bienvenida y agradecimiento por su colaboración.
- c. Solicitud del consentimiento informado al comienzo de la entrevista de forma que quede registrado el mismo en la grabación.
- d. Explicación de la dinámica de la entrevista y de los objetivos de la misma.
- e. Funcionamiento y duración prevista de la misma.

B. Conducción y desarrollo por parte del entrevistador

- a. Facilitar un clima de confianza con el participante.
- b. Estimular la expresión con libertad del participante sobre las cuestiones relativas al tema de estudio (utilización de técnicas de entrevista para tal fin).
- c. Escuchar activamente al participante.
- d. No opinar ni evaluar. No contestar a preguntas de los participantes sino tratar de que ellos mismos expresen su opinión desde su experiencia sobre esas mismas preguntas.
- e. Controlar los tiempos
- f. Favorecer el esclarecimiento de ambigüedades y la profundización en temas de interés por su especial relación con la pregunta de investigación.
- g. Reconducir los temas hacia el objetivo planteado.

C. Cierre

- a. Dedicar un tiempo a los aspectos considerados como más importantes por el participante.
- b. Preguntas finales sobre variables relativas al participante: edad, año de licenciatura, formación especializada y específica y hábito tabáquico.
- c. Agradecimiento por su colaboración y despedida.

Se realizaron en primer lugar las entrevistas a los profesionales. Durante las mismas se tomaban notas de campo además de registrarlas íntegramente mediante una grabadora de audio. Se realizó por parte del propio doctorando la transcripción *verbatim* de las grabaciones de las entrevistas. Al comienzo de las mismas se registraba el consentimiento informado del

participante que quedó transcrito también en cada una de las entrevistas. La duración de cada entrevista varía entre 20 y 30 minutos,

Al final de las entrevistas se les solicitaba a los profesionales que facilitaran el acceso a algunos de sus pacientes para que pudieran participar también en la investigación. Las resistencias manifestadas por estos para facilitar el acceso del investigador a sus pacientes en nombre del deber de secreto profesional fueron objeto de reflexión por parte del investigador. Se decidió, por tanto, reorientar la estrategia de acceso a los usuarios tal como se ha descrito anteriormente.

Para garantizar el anonimato de los participantes se asignó un código a cada uno de los mismos una vez creado el documento con cada entrevista transcrita. Durante el proceso de análisis ese ha sido el código que identifica a cada participante.

5.2 Características de los participantes de las entrevistas

Se realizaron 12 entrevistas a profesionales, cuyas características se recogen en la tabla 7. Como se sintetiza en la misma fueron 7 mujeres y 5 varones, con una edad media de 50 años y 23 de ejercicio profesional. Cuatro de los profesionales entrevistados son no fumadores, 3 fumadores y 4 exfumadores. De uno de ellos no se recogieron estos datos. Mientras que 8 profesionales ejercían en centros de salud urbanos, 4 lo hacían en centros rurales, siendo 9 de Zaragoza, 2 de Huesca y 1 de Teruel.

Es necesario destacar que no se pretendía la representatividad de la muestra respecto de la población de referencia, como se requiere en los métodos cuantitativos, sino contar con

participantes con distintos perfiles en cuanto a las distintas variables expresadas en el diseño y recogidas en la tabla.

El inicio del análisis tras realizar las primeras entrevistas permitió hacer un seguimiento de la información que se iba obteniendo y comprobar la saturación teórica de las categorías y conceptos principales del estudio deteniendo el reclutamiento de participantes tras esa constatación.

Tabla 6 Características de los profesionales participantes en las entrevistas.

Código	Sexo	Edad	Años ejercicio	Hábito tabáquico	Centro	Provincia
P1	Mujer	53	28	No fumadora	Urbano	Zaragoza
P2	Mujer	48	22	No fumadora	Urbano	Huesca
P3	Varón	55	30	Ex fumador	Rural	Zaragoza
P4	Varón	50	24	Ex fumador	Rural	Zaragoza
P5	Mujer	42	18	No fumadora	Urbano	Huesca
P6	Varón	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Urbano	Zaragoza
P7	Mujer	56	33	Ex fumadora	Urbano	Zaragoza
P8	Mujer	50	25	No fumadora	Urbano	Zaragoza
P9	Mujer	57	22	Fumadora	Urbano	Zaragoza
P10	Varón	49	10	Fumador	Rural	Zaragoza
P11	Mujer	43	19	Fumadora	Rural	Teruel
P12	Varón	49	26	Ex fumador	Urbano	Zaragoza
Resumen	5 varones 7 mujeres	edad media: 50 años	promedio años de ejercicio: 23	3 fumadores 4 no fumadores 4 exfumadores	4 rurales 8 urbanos	9 Zaragoza 2 Huesca 1 Teruel

En cuanto a los usuarios, se entrevistaron finalmente 7, de los que 5 fueron varones y 2 mujeres. Todos ellos eran fumadores en distintos estadios del cambio respecto del tabaco. Finalmente hay que destacar que los siete pacientes proceden de centros urbanos de Zaragoza. Su edad media era algo mayor que la de los profesionales, si bien no se les preguntó la misma. Se recogen en la Tabla 7 las características concretas que corresponden con los códigos de cada uno de los usuarios entrevistados. Como en el caso anterior, se comenzó solicitando su consentimiento informado que quedó registrado y transcrito en las entrevistas.

Tabla 7 Características de los usuarios entrevistados

Código	Sexo	Hábito tabáquico	Centro	Provincia
U1	Mujer	Fumadora	Urbano	Zaragoza
U2	Varón	Fumador	Urbano	Zaragoza
U3	Varón	Fumador	Urbano	Zaragoza
U4	Mujer	Fumadora	Urbano	Zaragoza
U5	Varón	Fumador	Urbano	Zaragoza
U6	Varón	Fumador	Urbano	Zaragoza
U7	Varón	Fumador	Urbano	Zaragoza

5.3 Desarrollo de los grupos focales.

El escenario de los dos grupos focales fue el mismo. Ambos se realizaron en la biblioteca, una sala para reuniones con una mesa rectangular amplia y bien iluminada, disponible en un centro de salud céntrico de Zaragoza. Se realizaron a la misma hora y el mismo mes del año, el primero en 2013 y el segundo en 2014.

Se concertó la reunión telefónicamente con los participantes explicándoles previamente la naturaleza y objetivos de la investigación para la cual se solicitaba su colaboración. Se les explicaba en la misma conversación que la duración prevista era de una hora de duración y que se registraría la discusión con una grabadora de audio.

Fue un mismo moderador quien se encargó de la conducción de ambos grupos focales. Para ello se había formado previamente en técnicas de conducción de grupos de discusión. Se prepararon los aspectos relativos a cada grupo previamente para que los mismos se desarrollaran sin contratiempos en la medida de lo posible.

Una vez en la sala donde se desarrollaron los grupos el moderador estableció las normas básicas para el desarrollo de la discusión en el grupo. Se explicó la dinámica a seguir y la técnica básica de la discusión. Se trataba de impedir interrupciones, de favorecer la participación de todos y de que respetaran los turnos de palabra así como las opiniones de cada uno de los

miembros. Se garantizó antes de empezar la confidencialidad en el manejo de la información resultante de la discusión.

Antes de comenzar se les entregó a todos el documento con la información sobre la técnica a realizar así como el proyecto del que formaba parte esa dinámica. Se les pidió que lo leyeran y firmaran el consentimiento informado que figuraba en el mismo. Se recoge en el Anexo II este documento.

Las funciones del moderador en los grupos focales fueron:

- Facilitar un clima de confianza en el grupo.
- Incentivar la participación de todos utilizando señalamientos y preguntas dirigidas a los participantes menos activos.
- Mantener la atención de todos. Estar alerta y perceptivo. Saber escuchar activamente.
- No opinar ni evaluar. No contestar a preguntas de los participantes.
- Controlar los tiempos.
- Dar la palabra y favorecer el esclarecimiento de ambigüedades.
- Reconducir los temas hacia el objetivo planteado.

El desarrollo del grupo de usuarios fue muy ágil. Desde el primer momento comenzaron los participantes a expresar sus opiniones, experiencias y vivencias personales en relación con el tabaco y la atención al mismo por parte del profesional en la consulta. El moderador sólo intervino para poner encima de la mesa aspectos del guión temático que debían estar presentes en la discusión. También se vio obligado en varias ocasiones a favorecer que hablaran aquellos participantes menos activos.

En cuanto al desarrollo del grupo de profesionales es de destacar que una de las enfermeras llegó unos minutos más tarde pero se incorporó con facilidad al debate. En el mismo los fumadores y exfumadores planteaban su experiencia como tales y también su visión del tema de investigación como profesionales. Los profesionales sin experiencia personal de hábito tabáquico se centraron más en sus opiniones y percepción del problema de investigación.

Se realizaron transcripciones *verbatim* siguiendo unas mismas normas para las grabaciones de audio de ambos grupos focales y para las entrevistas. Inicialmente se identificó en cada uno de los grupos a cada participante para poder definir bien el discurso personal de los mismos.

5.4 Composición de los grupos focales.

El primer grupo focal que se realizó fue el de los usuarios. Fueron siete usuarios los que participaron con distintos perfiles cada uno como se puede ver en la Tabla 8 que recoge la composición de este primer grupo focal.

Entre los participantes en el mismo se contaba con una mujer no fumadora, un joven fumador, un matrimonio de mediana edad en proceso de deshabituación y tres hombres de mediana edad fumadores.

Tabla 8. Composición del grupo focal de usuarios

Código	Sexo y edad	Relación con el tabaco
U1GFU	Varón, mediana edad	Fumador
U2GFU	Varón, mediana edad	Fumador en deshabituación
U3GFU	Mujer, mediana edad	Fumadora en deshabituación
U4GFU	Varón, mediana edad	Fumador
U5GFU	Varón, joven	Fumador
U6GFU	Mujer, mediana edad	No fumadora
U7GFU	Varón, mediana edad	Fumador

En el segundo grupo, el formado por profesionales se contaba con tres enfermeras, una de ellas jubilada, otra de ellas joven y otra de mediana edad. Además formaron parte del mismo tres médicos de familia, dos que habían terminado su formación MIR recientemente y otro de mediana edad. Por problemas de agenda, una cuarta médico de familia no pudo participar finalmente aunque había dado su consentimiento telefónicamente.

Tabla 9. Composición del grupo focal de profesionales

Código	Perfil profesional	Sexo	Relación con el tabaco
P1GFP	Enfermera jubilada	Mujer	Fumadora
P2GFP	Enfermera, mediana edad	Mujer	Ex fumadora
P3GFP	Médico de familia, titulado recientemente	Varón	Fumador
P4GFP	Enfermera joven	Mujer	Fumadora
P5GFP	Médico de familia, mediana edad	Varón	No fumador
P6GFP	Médico de familia, titulada recientemente	Mujer	Fumadora

5.5 Cronograma del estudio

Durante los meses de enero a abril de 2011 se redactó el proyecto de investigación y se consultó el mismo con varios expertos en ética clínica y tabaquismo. Con los mismos se consensuó la muestra inicial de profesionales participantes en el estudio.

En mayo de 2011 se realizan las 3 primeras entrevistas piloto a profesionales. Se revisa la transcripción y ejecución de las mismas para mejorar los aspectos técnicos con el objetivo de que las entrevistas produzcan datos fiables y respondan a los objetivos de la investigación en la mayor medida posible. En los meses sucesivos se prosigue con la realización de las entrevistas a profesionales y a medida que se van realizando se comienzan a transcribir y a realizar los primeros ciclos de análisis de las mismas. De acuerdo con ese análisis se fue orientando el muestreo de los profesionales teóricamente hacia los últimos meses de 2011 habiendo realizado las 6 primeras entrevistas. En marzo y abril de 2012 se realizan la 4 siguientes entrevistas a profesionales.

Los meses siguientes se contacta con un experto en metodología cualitativa para solicitar su valoración del estudio y de los resultados obtenidos hasta la fecha. Se decide la estrategia de muestreo y reclutamiento de usuarios. En el tercer trimestre de 2012 se prosigue con la transcripción y análisis de los datos procedentes de las entrevistas realizadas.

Las entrevistas a usuarios con su posterior transcripción y análisis tuvieron lugar en el primer trimestre de 2013. En junio del mismo año se realizó el grupo focal de usuarios y los meses siguientes se dedicaron a su transcripción y análisis en profundidad. Interesaba realizar primero el grupo focal con usuarios para profundizar en el discurso de estos últimos una vez realizadas las entrevistas. Esa es la razón por la que se realizó después el grupo focal con profesionales. En el mes de octubre de 2013 se inicia el contacto con un experto en metodología y análisis cualitativo para obtener su soporte de cara al mismo.

En junio de 2014 se realiza el grupo focal con profesionales. Los meses siguientes se prosigue con el análisis a la vez que se comienza con la redacción de los capítulos teórico y metodológico del informe de investigación.

En el primer trimestre de 2015 se finalizan los últimos ciclos del análisis y en los meses de abril, mayo y junio se finaliza definitivamente la redacción del informe de investigación.

En la Tabla 11 se resume el cronograma del estudio.

Tabla 10. Cronograma del estudio

<i>Fechas</i>	<i>Tareas de la investigación</i>
Enero a Marzo 2011	Redacción del proyecto de investigación
Abril 2011	Consulta del proyecto con expertos
Mayo 2011 a diciembre 2012	Realización de entrevistas a profesionales
Enero a mayo 2013	Entrevistas a usuarios
Junio 2013	Grupo focal con usuarios
Julio a diciembre 2013	Análisis de datos con ayuda de experto
Enero a mayo 2014	Prosigue el análisis de los datos
Junio 2014	Grupo focal con profesionales
Septiembre 2014	Comienzo de la redacción del informe
Enero a marzo 2015	Últimos ciclos de análisis
Abril a junio 2015	Finalización de la redacción del informe
Julio a Septiembre 2015	Revisión de resultados e informe

5.6 Criterios de rigor metodológico con especial atención a la calidad y la ética.

La evaluación de la calidad de la investigación cualitativa es motivo de numerosas publicaciones desde muy diversas tradiciones teóricas. En la literatura es muy amplio el abanico de propuestas que tratan de dar respuesta a la pregunta sobre si es posible y cómo, evaluar la calidad de una investigación de este tipo; desde autores que opinan que no es posible establecer criterios de rigor hasta los que proponen que deben ser los mismos que en la investigación cuantitativa (Calderón, 2002).

Lo que es indudable es que toda investigación requiere de rigor metodológico por el hecho de serlo, de lo contrario su utilidad quedaría en entredicho. Se trata, por tanto de delimitar un área de calidad manteniendo los criterios sustantivos de la investigación cualitativa. Para ello son

precisos ciertos criterios de calidad. En este sentido Lincoln y Guba (1985) propusieron la tétrada de criterios compuesta por la *credibilidad*, *transferibilidad*, *consistencia* y *confirmabilidad*.

A partir de esta primera propuesta se han elaborado otras sobre todo en el ámbito anglosajón. En este trabajo se apuesta por la síntesis que proponen Calderón y Fernández de Sanmamed (2014) a partir de distintos autores. De este modo se evalúan los siguientes criterios de rigor en este trabajo:

- *Adecuación epistemológica y metodológica*: Lo primero que se debe tener en cuenta es si la aproximación cualitativa es la adecuada para responder a los objetivos y las preguntas de investigación en este trabajo. Se ha tratado de justificar esta elección que marca todo el trabajo de investigación en el apartado 4.2 *Aproximación metodológica* de la presente tesis doctoral.
- *Relevancia*: Este criterio alude a dos aspectos bien diferenciados:

El primero es si el problema que aborda la investigación es relevante en la práctica diaria y si los resultados de la misma, por tanto, tendrán repercusión en la comprensión del problema que se plantea para poder mejorar o solucionarlo. Los primeros capítulos han tratado de ponderar la magnitud del problema del tabaquismo en la sociedad, un reto al cual los profesionales de Atención Primaria deben responder también desde su consulta. El conocimiento de los aspectos éticos que entraña la atención al paciente fumador puede mejorar el conocimiento del problema y favorecer una atención más efectiva y de mayor calidad. El segundo aspecto al que alude este criterio es la *transferibilidad* en palabras de Lincoln y Guba (1985). Desde un enfoque cualitativo esta capacidad de extrapolar los

resultados derivados de esta investigación a otros contextos no depende de la representatividad estadística de la muestra, sino de la transparencia del contexto y las circunstancias en que el trabajo se ha realizado. Ello junto con el adecuado desarrollo teórico a partir del análisis de los resultados puede facilitar el conocimiento y la comparación con otros trabajos.

- *Validez*: Este criterio habla de la *veracidad* del trabajo de investigación. Guarda estrecha relación con la transparencia en cada una de sus fases (búsqueda bibliográfica, diseño, muestreo, análisis y generación del informe de investigación) y el propio rigor metodológico del que se viene hablando. También hay que aludir a la importancia de una correcta interpretación de las distintas voces de los participantes, lo cual supone y ha supuesto un esfuerzo por parte del investigador por tener en cuenta los distintos planteamientos que aparecen en los datos. Este criterio, que se ha expuesto en términos de *credibilidad* o *autenticidad* pretende valorar si se ha posibilitado la *complicidad* del lector para que pueda participar de la labor de análisis y discusión. En los capítulos siguientes se ha tratado de detallar todo este proceso con este criterio como uno de los principios rectores de ese proceso. La validación, íntimamente relacionada con este criterio, se ha realizado mediante la triangulación a distintos niveles; entre distintas técnicas (entrevistas y grupos focales) y entre investigadores, mediante la consulta y el asesoramiento para el diseño y el análisis por parte de un experto en metodología cualitativa y de los propios directores de esta tesis doctoral.
- *Reflexividad*: Ya se ha aludido a este concepto en el apartado sobre el diseño de la investigación. Es necesario poner de relieve la interacción que ha existido entre el

investigador, los participantes y los datos, dado que ello permite su valoración crítica por otros investigadores que tengan acceso al informe de investigación (Calderón, 2011). En este sentido ha jugado un papel esencial el diario de investigación. En el mismo se ha plasmado la reflexión del investigador generada a partir del propio proceso del desarrollo de la investigación. La articulación del mapa del diseño, la recogida de datos y el análisis sistemático de los mismos ha favorecido una evolución de la reflexión del investigador que ha quedado registrada en este instrumento. Se ha considerado, por tanto, al propio investigador como un instrumento de la investigación que con su proceso reflexivo convenientemente registrado en el curso de la misma favorece la consecución de los objetivos específicos del presente estudio (Cuesta de la, 2003).

Por último esta reflexividad permite tomar conciencia y dar cuenta del *compromiso ético* que contrae el propio investigador para con los participantes y otros implicados en el estudio. La pregunta sobre la ética, además de situarse en la médula de este trabajo ha sido una constante desde la concepción de este trabajo, su diseño, el acceso a los participantes, el análisis y la confección de los resultados.

Es fundamental explicitar en este apartado los requerimientos que se han cumplido con el objetivo de cumplir con las normas y recomendaciones internacionales vigentes en relación con la ética de la investigación clínica.

El proyecto de investigación PI10/032 del presente estudio fue valorado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA) que emitió un dictamen favorable en fecha 27 de mayo de 2010, sobre el mismo.

Se han respetado los procesos de consentimiento informado con todos los participantes del estudio. En el caso de las entrevistas estos procesos han sido registrados y transcritos convenientemente al comienzo de las mismas. En los grupos focales se les solicitó que firmaran un documento de consentimiento informado antes de comenzar con la dinámica de la técnica, que se recoge en el Anexo II. Se les informó a los participantes de la posibilidad de revocar su consentimiento en cualquier momento o solicitar su retirada como participantes de la investigación.

El proceso de anonimización de los datos se ha garantizado generando un código en cada entrevista y en cada grupo focal, como se ha detallado previamente, para denominar a cada participante sin posibilidad de que este sea identificado por terceras personas. El investigador se sabe sujeto al deber de confidencialidad en el tratamiento de todos los datos y así se lo ha hecho saber a los participantes.

5.7 Resumen del capítulo

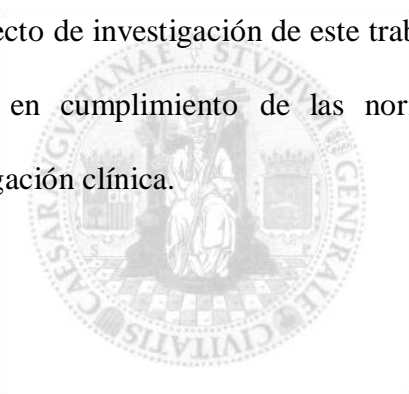
En el corazón del marco metodológico se encuentra este capítulo centrado en el desarrollo de la investigación y los aspectos relativos a los criterios de calidad y la ética de la misma.

Se han descrito las características de la muestra de participantes que finalmente fueron reclutados en el presente estudio. Los doce profesionales y siete pacientes entrevistados presentan unos perfiles diversos en relación con las distintas variables que se tuvieron en cuenta como criterios de selección de la muestra. En la segunda fase se realizaron dos grupos focales, el primero con seis usuarios fumadores y una usuaria no fumadora, y el segundo con seis profesionales con distinto perfil, experiencia y relación con el tabaco. Las entrevistas tuvieron lugar en los centros de salud de los profesionales y pacientes y duraron entre 20 y 30 minutos

cada una. Los grupos focales de una hora de duración se realizaron en el mismo escenario, la biblioteca de un centro de salud. Un solo entrevistador en un caso y un solo moderador en el otro fue el encargado de conducir y recoger los datos de las entrevistas y grupos. Todos ellos fueron registrados mediante una grabadora de audio para su posterior transcripción.

Tras exponer el cronograma de la investigación se han tratado los criterios de rigor metodológico de la misma. La adecuación metodológica, relevancia, validez y reflexividad son los cuatro criterios que se han seguido recogiendo la propuesta de Calderón y Fernández de Sanmamed (2014).

Por último se ha recogido el dictamen favorable emitido por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón sobre el proyecto de investigación de este trabajo así como los aspectos éticos que se han tenido en cuenta en cumplimiento de las normas y recomendaciones éticas internacionales para toda investigación clínica.



Capítulo 6. Análisis cualitativo e interpretación de los datos

Introducción al capítulo

Continuando con el marco metodológico de este estudio, se explica que ha sido estructurado en tres capítulos; el capítulo 4 centrado en los objetivos y el diseño, el capítulo 5 sobre el desarrollo de la investigación y los criterios de rigor metodológico y el capítulo 6, el actual, centrado en el análisis.

Se aborda en primer lugar la pregunta sobre la razón de ser del análisis cualitativo, los tipos de análisis y el apoyo al mismo mediante programas informáticos desarrollados como herramientas de soporte para el mismo.

La estrategia analítica que se ha seguido y el plan para que los conceptos procedentes del marco teórico sean operativos y faciliten el análisis constituye el contenido del segundo apartado.

El tercero es el apartado nuclear del capítulo. Se centra en las fases del análisis realizado; la codificación, la categorización y la creación del mapa de significados.

Finalmente se sitúan las fases analíticas más cercanas a la construcción de la teoría que serán expuestas en el capítulo de los resultados junto con la narración de los mismos.

Es necesario apuntar que en el Anexo I se recoge una tabla terminológica que recoge y define conceptos utilizados en el marco metodológico de este trabajo para facilitar su comprensión.

6.1 Introducción al análisis cualitativo

El análisis cualitativo difiere mucho del que se realiza en un estudio realizado desde la metodología cuantitativa. En este caso no contamos con números sino con discursos y textos narrativos. Se ha definido el análisis cualitativo como “un conjunto de manipulaciones, transformaciones, operaciones, reflexiones y comprobaciones que realizamos sobre los datos con el fin de extraer el significado relevante en relación con un problema de investigación” (Rodríguez Gómez, Gil Flores, & García Jiménez, 1996). Mediante la misma se transforman los *datos brutos* en *datos útiles* de manera que sean manejables y permitan la comprensión del problema que es estudiado.

Como es habitual existen numerosos procedimientos para el análisis cualitativo de datos. La clave para la elección del adecuado nuevamente radica en la coherencia con la orientación epistemológica y con los métodos utilizados. En este trabajo se ha optado por una estrategia próxima al *análisis temático* por ser el más adecuado para el enfoque metodológico que se ha seguido. Este tipo de análisis “trata de ordenar y clasificar los textos por temas que den respuesta a los objetivos del estudio” (Calderón & Fernández de Sanmamed, 2014, p. 207).

El análisis temático engloba múltiples procedimientos, siendo uno de ellos el propio de la Grounded Theory, que, como se ha expuesto, es el referente metodológico en esta tesis doctoral. Este es uno de los abordajes analíticos más utilizados como referencia por los programas informáticos desarrollados para el análisis asistido por ordenador, que reciben el nombre de *Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software* (CADQAS). Uno de ellos, el programa ATLAS.ti 7 es el que se ha utilizado en este trabajo para el desarrollo del análisis cualitativo. Se explicarán sobre el mismo únicamente los conceptos necesarios para ilustrar la descripción del proceso analítico realizado.

6.2 Estrategia analítica

La estrategia que se ha seguido en el proceso analítico ha partido de la estructuración de conceptos e indicadores procedentes del marco conceptual, y por tanto ha sido inicialmente deductiva.. Esta articulación del marco conceptual ha partido de la pregunta de investigación general que ha orientado el estudio. Por tanto, se ha iniciado el camino estructurando el marco teórico en *conceptos* y concretando los mismos en *indicadores*. Esos indicadores han orientado las primeras fases del análisis de los datos, la codificación de los textos transcritos de las entrevistas y los grupos focales. Se hace necesario aludir al mapa del diseño recogido en las Figuras 13 y 14 del capítulo 4 para ilustrar este proceso.

Desde esa *sensibilidad teórica* se ha hecho un abordaje también inductivo del análisis, permitiendo así captar y analizar los datos procedentes de los participantes del estudio que sin encajar en los indicadores del marco teórico respondían también a la pregunta de investigación. Este diálogo iterativo y orientado por la pregunta de investigación entre el marco teórico y los datos junto con las reflexiones del investigador plasmadas en *memos* o anotaciones, que se explicarán más adelante, y en el diario de investigación ha sido constante en el proceso analítico.

La unidad de análisis del presente estudio ha sido el participante individual, el profesional o el paciente. Ello es válido, tanto para el análisis de los datos obtenidos de las entrevistas como para el análisis obtenido de los grupos focales. En estos últimos hay que tener en cuenta que la unidad de observación no es el individuo, como sucede en el caso de las entrevistas. En los grupos se ha valorado la interacción entre los participantes y la rica información resultante de esta interacción, por tanto el análisis se ha realizado en un nivel diferenciado. Cronológicamente se realizó primero el análisis de las entrevistas y posteriormente el de los grupos focales. De esta

manera las dos fases del estudio estuvieron diferenciadas tanto en el diseño como en el desarrollo y también en el análisis de los datos.

6.3 Fases del análisis realizado

A continuación se describe el análisis realizado describiendo en cada fase los pasos que se han dado e lustrando los mismos con figuras procedentes del escenario analítico con el que se ha trabajado en ATLAS.ti. Como se puede apreciar se realiza un proceso de descomposición del corpus textual en distintas unidades para poder trabajar sobre el mismo partiendo de la estrategia de análisis explicada anteriormente. En un segundo momento se vuelve a construir la unidad pero con arreglo a las distintas categorías que le dotan de significado permitiendo su comprensión (Calderón & Fernández de Sanmamed, 2014).

6.3.1 Fase de preparación del corpus textual

En primer lugar se realizó la transcripción literal de cada entrevista y cada grupo focal. Se trató de hacer esta transcripción lo más próxima en el tiempo al propio trabajo de campo, para facilitar la misma y poder reflexionar sobre los aspectos a mejorar de la técnica, el guión temático y el desarrollo de cada entrevista o discusión. Se siguieron unas mismas normas de transcripción para todos los documentos, que fueron elaborados y transcritos por el mismo investigador.

6.3.2 Fase de descubrimiento o preanalítica

Tras su transcripción los textos fueron leídos repetidamente tratando de captar la esencia de las ideas que los participantes planteaban, los matices, las “intuiciones preanalíticas” (Calderón & Fernández de Sanmamed, 2014, p. 208). Es en esta fase en la que se ajustaron los últimos pasos

de la articulación del marco teórico del cual se partía para establecer el plan de análisis y la estrategia que se ha definido en el anterior apartado. El mapa completo formado por el marco teórico articulado y operativizado se recoge, como se ha comentado, en la Figura 14 del capítulo 4.

También en esta fase se incorporaron los 21 documentos procedentes de las transcripciones de las entrevistas y los grupos focales en la base de *documentos* creada dentro de la *Unidad Herméutica* (UH) de ATLAS.ti. La UH es el contenedor de todo el trabajo analítico que se va realizando en el programa.

6.3.3 Fase de análisis

El objetivo de la misma es generar categorías partiendo de los datos para poder integrarlas en un marco explicativo desde el cual se genera teoría o conceptos de acuerdo con la interpretación del analista.

6.3.3.1 Codificación de los datos

En esta primera fase del análisis, la más textual, la más cercana a los datos, se trata de segmentar el texto seleccionando aquellos fragmentos que tengan algún significado, las *citas*. Las citas son codificadas mediante una etiqueta. Crear un *código* es etiquetar una cita tratando de condensar su significado mediante el nombre del código. Para el trabajo de codificación y los primeros ciclos del análisis se han seguido las orientaciones de Johny Saldaña (2009).

Es necesario subrayar que la codificación se ha basado en el sistema de indicadores articulados a partir del marco teórico, como se ha explicado. Los indicadores permiten buscar en el texto especialmente la información que tiene que ver con los conceptos destacados

previamente en el plan de análisis. De esta forma el analista *no se pierde* en los primeros ciclos codificando cada cita sin saber qué importancia darle. Ello no significa que no sea sensible al significado que brota de cada segmento del texto, por lo que se crean también citas y códigos de forma inductiva, sin relación directa con ningún indicador.

Se debe destacar también que, tal como recomienda Saldaña, se comenzó a crear *memos* que son las anotaciones mediante las cuales el investigador registra el propio proceso analítico y otros tipos de información relevante para el análisis (Charmaz, 2006). Se han creado varios tipos de memos:

- Memos metodológicos: Registran elecciones en el proceso analítico.
- Memos conceptuales: Explican códigos y conceptos.
- Memos teóricos: Estructuran la teoría y las relaciones entre conceptos.
- Memos bibliográficos: Resume el contenido de un texto de otro autor.

Los memos son fundamentales para la construcción del análisis. Utilizando una sencilla imagen se podría decir que en la construcción del edificio analítico los memos son el cemento mediante el cual se unen los ladrillos que serían los códigos. El avance del primer ciclo del análisis hacia los siguientes, con un mayor nivel de abstracción, ha caminado sobre la base de la creación de códigos y memos.

Para ilustrar el proceso que ha supuesto esta primera fase del análisis se ha plasmado como ejemplo la Figura 15 procedente de la UH de ATLAS.ti 7 sobre la que se ha realizado este trabajo. En la misma se aprecia a la izquierda un fragmento del documento de una entrevista al profesional 2 y a la derecha, en el margen, distintos códigos y citas que se han ido creando sobre el texto en el proceso de codificación. También se aprecia en la parte de arriba a la derecha un memo titulado *Presión de grupo*.


06	ENTREVISTADOR: Cuando empieza. Cuando empieza un fumador a....	
07	PROFESIONAL 2: Yo pienso que cuando empieza...los jóvenes se dejan llevar más por el grupo. Entonces muchas veces se meten más en lo que están haciendo sus compañeros sin saber las consecuencias que puede tener el tabaco a pesar de toda la información que tienen. Entonces ahí, hombre, la libertad, claro, son libres, porque lo están decidiendo ellos, pero esa libertad está un poco arrastrada por el resto de las opiniones de sus amigos. Que aunque los padres les digamos (yo tengo un hijo adolescente) las cosas, hacen más caso al grupo que a lo que saben, porque tienen mucha información de lo que realmente es el tabaco.	<div> # 1.2.1 PRESIÓN DE GRUPO~ # Presión de grupo </div> <div> # INFORMACIÓN no es CONCIENCIA DEL RIESGO~ </div> <div> # LIBERTAD CONDICIONADA~ </div> <div> # 1.2.1 PRESIÓN DE GRUPO~ </div> <div> # HAY INFORMACIÓN SUFICIENTE PARA DECISIÓN LIBRE~ </div>
08	ENTREVISTADOR: Y luego a medida que van ya cogiendo un poco de hábito, ya no solo es el fin de semana. ¿Crees que se ve afectada su capacidad, su autonomía en el sentido de la capacidad para tomar decisiones libres se va perdiendo a medida que aumenta la adicción?. Hay trabajos que hablan en el sentido de que se puede incluso medir, se puede valorar eso. ¿En tu experiencia cómo lo ves?	
09	PROFESIONAL 2: Yo pienso que la capacidad, a ver, cuando empiezan y realmente no les gusta, lo dejan. O si tienen un consejo más claro hay jóvenes que lo dejan desde el principio. Pero también es cierto que les genera cada vez más dependencia y ahí la libertad ya están tan enganchados que ya no pueden. Bueno, claro que lo pueden dejar con ayuda pero les cuesta cada vez más	<div> # MERMA de LIBERTAD~ </div>
10	ENTREVISTADOR: O sea que sí que se va afectando.	
11	PROFESIONAL 2: Sí, se va afectando	

Figura 15. Detalle de la Unidad Hermenéutica de ATLAS.ti7 sobre el proceso de codificación.

6.3.3.2 Creación de familias de códigos

Una vez creados los códigos en los primeros ciclos del análisis se fueron agrupando formando *familias de códigos* utilizando la herramienta que para ello se encuentra disponible en el programa. Se trata de dar un paso más desde el nivel más textual a uno de mayor abstracción en el camino hacia la creación de las categorías que articularán los resultados del análisis. Las familias de códigos facilitan su clasificación así como la propia reflexión del investigador en su continuo ir y venir de los datos hacia la teoría y de la teoría hacia los datos.

En la Figura 16 se aprecia un detalle de la UH en el que se aprecian todas las familias de códigos creadas.



Nombre	Tamaño	Autor	Modificado
1.1.1 INFORMACIÓN SOBRE EL TABACO	11	Pablo	07/06/2015 17:40:11
1.1.2 CONOCIMIENTO DE LOS RIESGOS	11	Pablo	08/06/2015 11:08:03
1.1.3 CONDICIONANTES DE LA DECISIÓN DE INICIO~	59	Pablo	08/06/2015 11:43:44
1.2 DEPENDENCIA	29	Pablo	06/07/2015 19:18:46
1.3 DECISIÓN DE CESE	20	Pablo	31/07/2015 16:15:12
1.3.1 MOTIVOS PARA EL CESE	21	Pablo	31/07/2015 16:46:25
2.1 RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO	29	Pablo	09/07/2015 11:54:42
2.1.1 FORMACIÓN PARA LA INTERVENCIÓN	5	Pablo	09/07/2015 11:48:33
2.1.2 EJEMPLARIDAD DEL PROFESIONAL	18	Pablo	17/07/2015 12:24:00
2.2 RESPONSABILIDAD DE OTROS PROFESIONALES	12	Pablo	19/07/2015 18:56:26
2.2.1 RESPONSABILIDAD DE ENFERMERÍA	13	Pablo	25/07/2015 19:30:36
2.2.2 CONSULTAS ANTITABACO ESPECIALIZADAS	3	Pablo	19/07/2015 18:56:26
3.1 INTERVENCIÓN ADECUADA A MOTIVACIÓN	30	Pablo	03/08/2015 19:48:26
3.2 FINANCIACIÓN DE TRATAMIENTOS	15	Pablo	08/06/2015 10:59:10
3.3 PAPEL DEL ESTADO	14	Pablo	02/08/2015 16:26:51
4.1 INHIBICIÓN	5	Pablo	09/04/2015 16:14:19
4.2 ACTITUD PERSUASIVA	16	Pablo	03/08/2015 19:57:30
4.3 ACTITUD DELIBERATIVA	22	Pablo	04/08/2015 19:05:32
4.4 ACTITUDES PATERNALISTAS	17	Pablo	05/08/2015 16:37:43
5 CASOS DIFÍCILES	27	Pablo	12/04/2015 19:27:11
CÓDIGOS AUXILIARES	15	Pablo	09/04/2015 11:21:20

Figura 16. Detalle de la Unidad Hermenéutica de ATLAS.ti7 con las familias de códigos

Construir familias de códigos tras haber realizado la codificación de forma sistemática permite al analista caer en la cuenta de ciertos patrones que se repiten en los datos y que están mostrando un significado que se debe captar para avanzar en abstracción. Las familias de códigos no tienen entidad analítica pero suponen un paso intermedio de importancia en la creación de las categorías que sí tienen importancia en el proceso de construcción teórica.

6.3.3.3 Creación de categorías

Las categorías son elementos interpretativos extraídos de los datos tras el proceso de análisis riguroso, constituyendo el principio de las respuestas a las preguntas de investigación. Como afirman Richards y Morse (2007) categorizar y codificar son dos procesos muy relacionados. Tanto es así que según estos autores codificar ya es una forma de categorizar. De alguna forma

categorizar es realizar el “índice de un libro en el cual hay capítulos, que serían las categorías más interpretativas; apartados y subapartados, que serían las categorías menos interpretativas” (Calderón & Fernández de Sanmamed, 2014, p. 208).

En el presente trabajo se realizaron en primer lugar *protocategorías* partiendo de las familias de códigos. A partir de las mismas se estableció un proceso de estudio de sus dimensiones y características. En este proceso fue muy ilustrativo el establecimiento de relaciones entre las ideas de las que se compone cada una de estas protocategorías. Para ello se utilizó la herramienta *vista de red (network)* del programa que, en esencia, facilita la construcción de mapas conceptuales a partir de cualquier elemento analítico relacionando mediante vínculos semánticos los distintos códigos que conforman la idea o concepto. En la Figura 17 se recoge una de estas redes sobre la categoría *Deber de ejemplaridad* para ilustrar este proceso de creación de las categorías. En el capítulo siguiente, en el cual se detallan los resultados, se exponen las redes de cada una de las ideas que forman cada categoría.

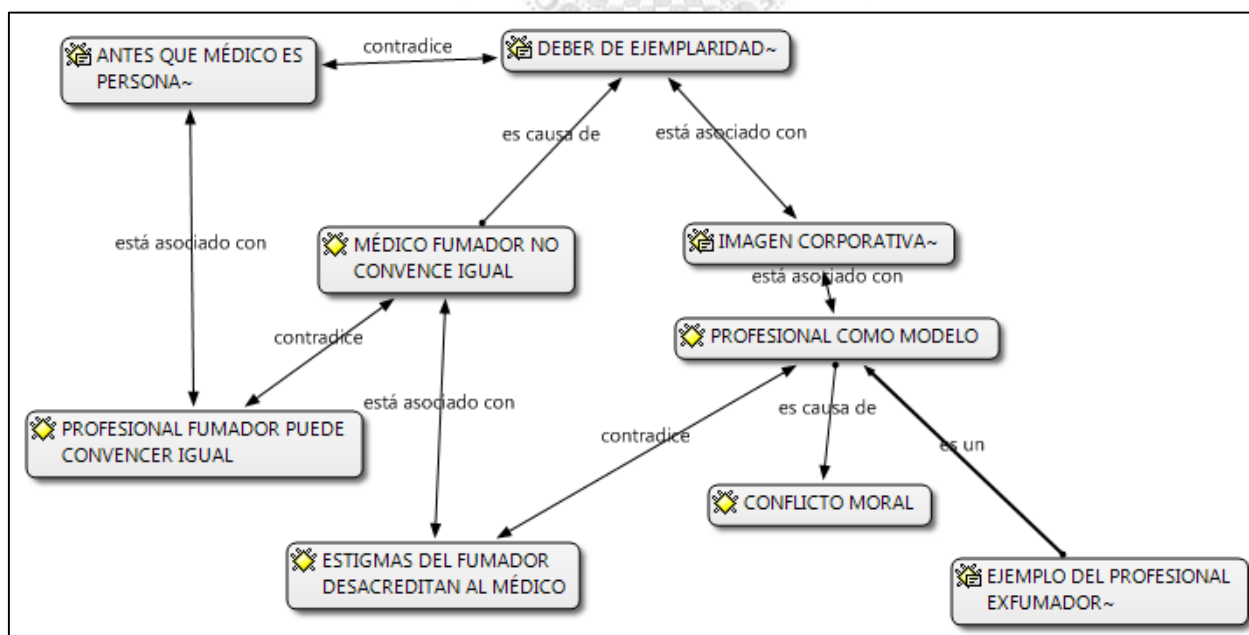


Figura 17. Vista de red sobre la categoría Ejemplaridad del profesional.

En todo el proceso de construcción de las mismas las decisiones se han ido justificando y registrando mediante memos, de manera que los criterios de rigor metodológico ya explicados en el anterior capítulo se han tenido en cuenta a lo largo del análisis. Se recoge a continuación en la Figura 18 uno de estos memos en el que se plasma uno de los pasos en este proceso de construcción de las categorías.

MEMO: ¿Se puede hablar de un deber de ejemplaridad del profesional?

Esta es la pregunta de investigación que sostiene esta categoría de la EJEMPLARIDAD DEL PROFESIONAL. Tras analizar la network de códigos y los memos es sorprendente, como en pocas ideas del presente trabajo la repetición de los mismos argumentos por parte de profesionales, pacientes y de mis reflexiones en memos. A saber: Los datos disponibles no permiten defender la existencia de un deber fuerte, deontológico, de ejemplaridad en su estilo de vida del profesional o al menos en relación con su hábito de fumar o no. Si bien se coincide en que la imagen, los estigmas de fumador, el dejarse ver como tal influyen en la eficacia de sus consejos, que no necesariamente en su actitud. Lo quiera o no el ser médico o enfermera lo convierte en modelo de persona saludable para la sociedad. Si esta imagen modélica se contradice con la realidad el fumador encuentra un recoveco para no tomarse en serio sus consejos y el propio profesional experimenta el conflicto moral de la incoherencia. Todo esto se confirma en el caso del profesional ex fumador cuyo convencimiento al aconsejar es mayor y su consejo se ve reforzado por su ejemplo vital para el paciente.

Figura 18. Ejemplo de memo analítico.

6.3.3.4 Análisis por categorías

En esta fase se trata de realizar un análisis temático de los textos, pero esta vez centrándose en cada una de las categorías. De esa manera se revalidaron los códigos ya creados, añadiendo algunos otros que resultaban útiles para la explicación de las dimensiones de la categoría. En el contexto del proceso cíclico del análisis en este momento se trataba de asegurarse de que cada categoría tuviera la entidad suficiente para serlo. Un segundo objetivo de esta fase es el análisis de la estructura interna de cada categoría estudiando sus dimensiones y propiedades.

En este momento analítico se han diseñado las *matrices cualitativas* que se recogen y detallan en el Anexo III y a las cuales se hacen continuas referencias en el capítulo de resultados. Estas matrices permiten visualizar el vínculo entre las citas de los datos facilitados por los

participantes y las distintas dimensiones de cada categoría. La matriz cualitativa es una herramienta utilizada para el análisis que permite representar los resultados de forma que su interpretación en busca de conceptos y categorías parta de los propios datos. Se siguen en el presente trabajo las recomendaciones de Miles y Huberman (Miles et al., 2013) para la elaboración de las mismas. Las matrices permiten así la plasmación de las evidencias que soportan cada idea y cada categoría en las cuales las distintas ideas se articulan.

La *triangulación analítica* ha sido clave en el desarrollo de las categorías. Se debe entender la triangulación como la resultante de la ponderación de la triangulación entre las distintas técnicas utilizadas, de la frecuencia y concurrencia de las citas de los textos y de la interpretación del analista registrada en el sistema de memos. Se trata de ilustrar esta idea en la Figura 19

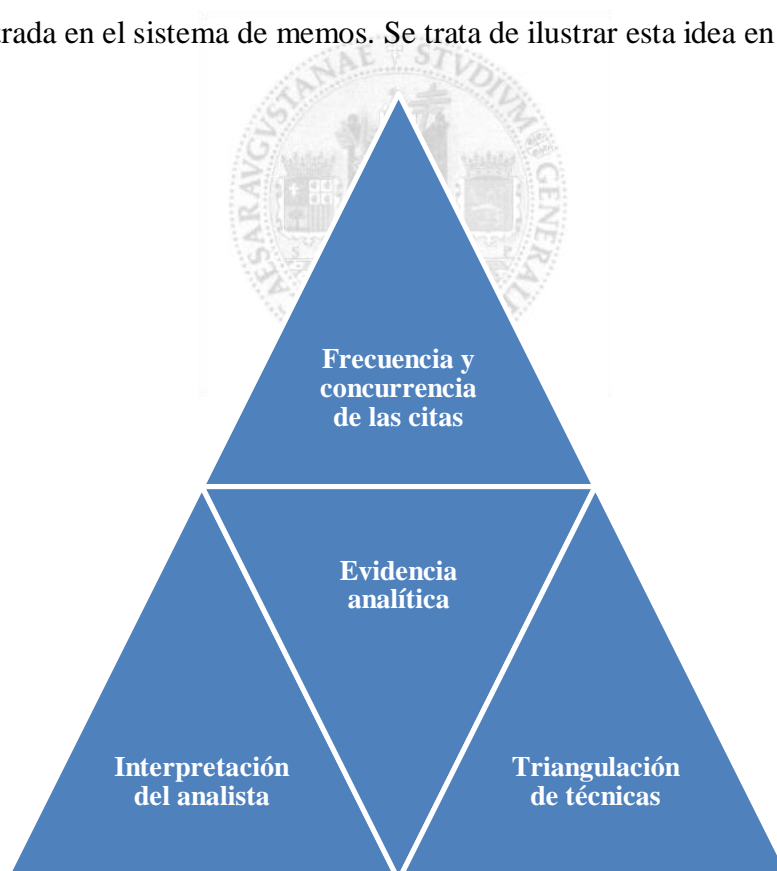


Figura 19. Triangulación analítica. Adaptado de Casasempere (2013)

6.3.3.5 Creación de un mapa de significados

En esta última fase, la más cercana a la teoría, se ha tratado de articular entre sí las distintas categorías. Puestas en relación mediante vínculos significativos las distintas categorías se ha construido el marco teórico explicativo que da respuesta a la pregunta de investigación general. En este trabajo se ha desarrollado este mapa de significados en los capítulos de resultados y discusión que se expondrán a continuación de forma narrativa.

6.3.4 Fase de verificación y contraste de los hallazgos

Esta fase ha supuesto un nuevo retorno al texto original de las entrevistas y grupos focales desde los resultados articulados en el mapa de significados descrito anteriormente. Se trataba de verificar que estos resultados se corresponden con los datos originales a pesar de las múltiples segmentaciones, interpretaciones y transformaciones de todo tipo que se han realizado en el proceso analítico. Era preciso también comprobar el valor explicativo del marco teórico construido teniendo presentes los objetivos y las preguntas de investigación. Se desarrolla esta última fase también a lo largo de los capítulos de resultados y discusión.

6.4 Resumen del capítulo

Comenzaba el capítulo justificando el tipo de análisis que se ha utilizado en coherencia con la aproximación metodológica de la que se parte. La estrategia para realizar el mismo ha sido inicialmente deductiva partiendo de los indicadores extraídos del marco conceptual y permitiendo a su vez la emergencia inductiva de conceptos relevantes en relación con las preguntas de investigación.

Entre las fases del análisis destacan las preanalíticas o preparatorias mediante las cuales se comenzó la inmersión en los datos del investigador, la codificación, la clasificación de los mismos en familias y la creación de categorías. Las categorías, una vez contrastadas de nuevo con los datos para validar su capacidad explicativa han servido para crear el mapa de significados mediante el cual se ha tratado de dar respuesta a las preguntas de investigación.

La elaboración de memos junto a los códigos en un camino de abstracción progresiva hacia la teoría han constituido la clave del avance del proceso analítico. Otra de las claves ha sido el continuo ir y venir desde los datos hacia la teoría y de la teoría hacia los datos. La reflexión del investigador en ese proceso ha permitido “tejer” las categorías que constituyen las vigas maestras del marco teórico final del estudio.

En los siguientes capítulos se exponen los hallazgos derivados de este proceso analítico y se fundamentan los mismos en las citas de los participantes, verdaderas evidencias del estudio, extraídas de los textos procedentes de las entrevistas y los grupos focales.





RESULTADOS

Capítulo 7. Resultados

Introducción al capítulo

En este capítulo se detallan los resultados de la investigación generados tras el análisis cualitativo desarrollado anteriormente en respuesta a las preguntas de investigación. Estos resultados se asientan en las evidencias en forma de citas textuales procedentes de las técnicas mediante las que los participantes en el estudio han proporcionado la información.

En el Anexo III se explica la estructura de las matrices cualitativas elaboradas con las citas de los participantes procedentes de los textos de las entrevistas y grupos focales con el objetivo de categorizar las distintas ideas expresadas y facilitar su interpretación. De esta manera se facilita el proceso de captura del contenido y el significado del discurso de los participantes.

La clave interpretativa de las mismas que se ha traducido en un código cromático, como se explica en la introducción de ese mismo apartado de los anexos. No obstante es preciso aclarar que se han codificado con un color más intenso aquellas ideas más destacadas en los textos y con un color más tenue las ideas no tan destacadas en los textos. De esa forma al interpretar los resultados no todas las ideas y categorías tienen la misma entidad de acuerdo con su fundamentación en los datos, lo cual se ha tratado de relatar a lo largo del presente capítulo.

Los criterios que se han valorado para ponderar la importancia de las distintas ideas repetidas por los participantes han sido los siguientes:

- Frecuencia de repetición de citas que sustentan dichas ideas.

- Coincidencia entre profesionales y usuarios en esas ideas o bien entre distintos profesionales o usuarios.
- Triangulación de citas procedentes de entrevistas y grupos focales.
- Interpretación del analista registrada en sus anotaciones o memos.

Se ha tratado así de contemplar distintos criterios de triangulación, tal como se ha explicado en el apartado 6.3 centrado en el análisis realizado.

En este capítulo se van a ilustrar los distintos resultados con las citas de los documentos procedentes de las entrevistas y grupos focales. Al final de cada cita existe un código de dos números entre paréntesis separados por dos puntos precedido por unas siglas. Este código permite identificar cada cita y su procedencia. La leyenda de cada código se explica en la tabla 11 que se encuentra a continuación.

Tabla 11. Correspondencia de los códigos identificativos de cada cita

Código	Correspondencia
P1	Entrevista al Profesional 1
U1	Entrevista a Usuario 1
GFP	Grupo Focal de Profesionales
GFU	Grupo Focal de Usuarios
(20:468)	Cita 468 del documento 20

Al comienzo de cada apartado se han utilizado las redes desarrolladas con la herramienta de ATLAS ti.7 para el análisis con el objetivo de favorecer la comprensión de la relación de los conceptos que conforman cada categoría y cada idea.

Con el propósito de facilitar la comprensión de los resultados y de las conclusiones derivadas de los mismos éstos se han unificado en un único capítulo que se ha estructurado siguiendo los siguientes apartados:

- Cuestiones relacionadas con la responsabilidad del profesional

- Cuestiones relacionadas con la autonomía del paciente
- Cuestiones relacionadas con la actitud del profesional frente al paciente
- Cuestiones relacionadas con la equidad en la gestión de los recursos

Al final del presente capítulo y en el siguiente se realiza una discusión en torno a las categorías nucleares que constituyen la esencia de los resultados del presente trabajo.



7.1 Cuestiones éticas relacionadas con la responsabilidad del profesional

El análisis realizado partiendo de la pregunta sobre la legitimidad de la intervención del profesional permite la emergencia de una serie de cuestiones que son articuladas en la Figura 19. Como se puede apreciar en la misma la *intervención legítima* guarda estrecha relación con la *responsabilidad profesional*. Este va a ser el concepto principal al cual se subordinan los demás. A continuación se irán desmenuzando los resultados que han permitido ver la luz a todos estos conceptos tras el análisis sistemático de los mismos.

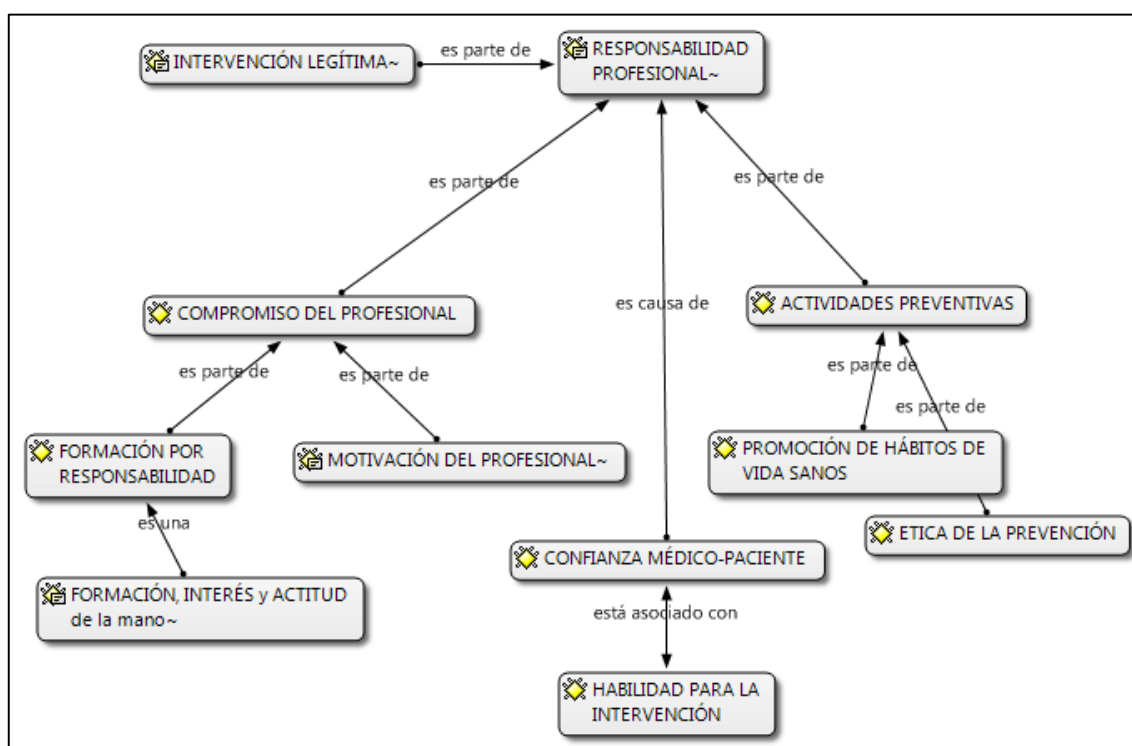


Figura 19. Conceptos en torno a la legitimidad del profesional.

7.1.1 Legitimidad de la intervención

Este es el concepto principal que da respuesta a la pregunta que sostiene todo este apartado. Se entiende que se está cuestionando si puede el profesional legítimamente abordar el tabaquismo

de sus pacientes bien sea para preguntar, informar, evaluar su dependencia, aconsejar el abandono o bien realizar una intervención más intensiva.

Los participantes, tanto los profesionales como los usuarios, en entrevistas y grupos focales coinciden en que esta intervención es legítima (Tabla 1.1 del anexo III).

Esa legitimidad se basa en que no se persigue con ella otro bien que el del paciente, dada la inexistencia de incentivos económicos o beneficios derivados de la misma. No se puede decir lo mismo de otro tipo de actos médicos en el campo de la prevención, como dice uno de los profesionales.

Yo creo que sí que estamos legitimados. Si porque... Es decir tú no estás haciendo un negocio tratando a los sanos, porque claro, con las estatinas estamos haciendo un negocio tratando a gente absolutamente sana. Tú, primero, no estás haciendo negocio con ello. Hombre, directamente. Indirectamente sí porque te estás ahorrando en recursos. Pero luego son recursos de todos. Es un recurso en nuestro caso comunitario. Y yo pienso que sí, que estamos legitimados para ello (P3 3:17).

Como recuerda algún profesional, no debe olvidarse que la falta de información y conciencia de la persona que se inicia en el tabaco sobre las sustancias altamente adictivas que la industria incorpora en los cigarrillos aporta legitimidad a la intervención decidida del profesional.

Los pacientes entienden que si alguien está legitimado para esta intervención ese es el médico de familia, antes que otras personas más o menos cercanas al paciente. Y la legitimidad de esta intervención radica, según los participantes en que sólo busca mejorar y proteger la salud del paciente aunque la decisión de abandonar el tabaco le pertenezca exclusivamente a este último.

Yo creo que hasta cierto punto sí. Porque, al fin y al cabo, es una cosa que va en contra tuya. Y si vas a un médico para que te cure el esguince, lo lógico es que te diga esto es lo que hay, esto es bueno y esto es malo. Tú tienes la opción de decidir si sí o si no. Pero yo no lo veo mal (U1 13:21).

En realidad la intervención para la prevención y tratamiento del tabaquismo es más que legítima para el profesional de Atención Primaria, dado que responde a una competencia que forma parte de su perfil profesional. Su *responsabilidad profesional* exige su competencia para este tipo de intervención. Por ello, tras el análisis realizado se aprecia que el concepto sobre el que radica la respuesta a esta pregunta es el de *responsabilidad profesional*.

A continuación se recogen los resultados relacionados con las dimensiones de la *responsabilidad profesional*. Estas dimensiones son expresadas por los participantes como auténticas razones por las cuales es, ya no legítima la intervención del profesional sobre el hábito tabáquico de su paciente, sino obligada por responsabilidad. Se recogen las siguientes dimensiones de esa responsabilidad:

- La responsabilidad del médico de familia sobre la prevención y la promoción de la salud
- La confianza como base de la relación clínica.
- El compromiso del profesional.
- La formación del profesional

7.1.1.1 La responsabilidad sobre la prevención y la promoción de la salud.

Si bien ha quedado claro que profesionales y pacientes coinciden en afirmar que la intervención adecuada del profesional sobre el tabaquismo es legítima, son los profesionales los que basan su opinión en la responsabilidad del médico de familia sobre la prevención y

promoción de la salud. Muchos profesionales entienden que es la responsabilidad del profesional de Atención Primaria en las actividades preventivas la que legitima su intervención sobre el tabaquismo. Como dice uno de los médicos entrevistados:

Pero la potenciación de los hábitos saludables en nuestra población yo creo que, o sea si eso se le va al médico de familia de la cabeza deja de ser médico de familia (P7 7:10).

Consideran así que, al igual que se debe valorar la cifra de tensión arterial o la cifra de antígeno prostático específico (PSA) en determinados pacientes como actividad con finalidad preventiva es un deber preguntar, registrar y aconsejar sobre tabaquismo en la consulta.

Pues es una responsabilidad que está allí pero bueno, pues como... igual que te voy a pedir el PSA para mirar a ver, porque ya tienes 50 años, o cuarenta y tantos y no te he hecho ninguno. Igual que te pido esto, pues te hablo de esto. Depende del paciente ¿No? Y lo dejas ahí encima de la mesa. (GFP 20:550).

7.1.1.2 La confianza como base de la relación clínica

Un concepto emergente en relación con la legitimidad de la intervención del profesional es el de la *confianza*. Se plantea la *confianza* entre profesional y paciente como un marco de relación en el cual cobra legitimidad el consejo sobre hábitos de vida y toda intervención adecuada frente al tabaquismo. También es la *confianza* que el profesional de Atención Primaria y el usuario tienen lo que hace que sea este el nivel asistencial adecuado para abordar esta cuestión relacionada con el estilo del vida de la persona.

Son más bien los profesionales quienes afirman que el médico de familia es el responsable de abordar la cuestión del tabaquismo porque tiene mayor confianza con el paciente a quien conoce bien.

Yo creo que sí, yo creo que es desde donde se debe abordar. Porque realmente muchas veces es en primaria donde la gente se concientiza o tiene más confianza con el médico para iniciar la deshabituación que porque se lo diga un especialista (P10 10:8).

Sin embargo los usuarios entrevistados inciden mucho en la importancia del estilo a la hora de intervenir. Son varios los profesionales que hacen mención a esta *habilidad* o tacto para la intervención. El hecho de que la intervención sea legítima no es sino el comienzo de la cuestión. La clave, comentan varios participantes, es *cómo* se realiza esta intervención. La confianza que envuelve la relación clínica se debe construir y cuidar con cada consulta, por ello es muy importante que el abordaje de las cuestiones relativas al tabaquismo del paciente se realice con respeto, delicadeza y tacto. No está, según afirman, legitimado el profesional para entrar en ese ámbito de la vida del paciente sin la debida cautela.

En definitiva, la legitimidad que ampara al médico de familia para intervenir basada en la confianza de la relación entre médico y paciente no le exime de hacerlo con la actitud y el estilo debido y adaptado a las circunstancias del paciente. Este es uno de los conceptos estrechamente vinculados con la *ética de la prevención*. Se debe contar con el libre asentimiento y conformidad del paciente para plantearle una intervención sobre tabaquismo, al igual que con otras actividades preventivas. Por todo ello los conceptos de *confianza, relación clínica y actitud del profesional* van a estar estrechamente vinculados y ocupan un lugar central en este trabajo. Se profundizará en esta cuestión al detallar los resultados relativos a la *actitud del profesional*.

7.1.1.3 *Compromiso del profesional*

Bajo este epígrafe se van a recoger aquellos resultados que nos hablan de una cualidad de la actitud del profesional tan decisiva como es su compromiso con la prevención y tratamiento del tabaquismo. Se destacan conceptos muy relacionados con el compromiso como es la *formación* del profesional y su propia *motivación*.

Los profesionales son los que abundan más en estos conceptos. Consideran muy importante la implicación, el *compromiso del profesional*. No basta que éste conozca la técnica de las distintas intervenciones que se pueden realizar frente al tabaco, es preciso que se implique, que se comprometa con esta tarea para que pueda dar sus frutos. Un usuario reconoce en este empeño una *vocación*. El profesional que se siente llamado al compromiso con sus pacientes para ayudarles a romper con el tabaco no escatimará esfuerzos.

Casi siempre que venimos a su consulta se suscita el tema y yo me quedo maravillado con el interés que pone, porque ya podría decir: "Si quieren fumar que fumen y que hagan lo que les dé la gana". Nada. Insiste, insiste. Y veo algo vocacional aquí. De verdad merece la pena (U3 15:1).

Una de las condiciones necesarias para que este compromiso se establezca es que el vínculo con la institución sanitaria de la que el profesional forma parte, en cuanto tal, sea estable. En este sentido es interesante destacar la relación que existe entre esta idea del *compromiso profesional* y *el papel del Estado* o la administración como institución responsable de velar por la prevención y el tratamiento del tabaquismo. La *precariedad laboral* que, a menudo, marca la relación contractual entre el profesional y la empresa es uno de los fenómenos, según señala una de las enfermeras del grupo focal, que dificulta el desarrollo de este *compromiso profesional* así como

la adecuada *formación* para desarrollar competentemente una labor de prevención y tratamiento del tabaquismo.

Yo por ejemplo que soy una persona que ahora mismo voy de contrato a contrato a salto de mata, en cualquier lado, pues es que tampoco... este ritmo de situación laboral no me permite poder especializarme en algo (GFP 20:470).

7.1.1.4 La formación en tabaquismo.

El profesional que se compromete con esta actividad va a descubrir la necesidad de formarse para realizar una intervención competente y adecuada. Para ello se requiere una *motivación* que también se debe alimentar con la *formación*.

La *formación en tabaquismo* es un concepto que emerge de los datos en este capítulo. Su significado recoge toda actividad formativa centrada en conocimientos, habilidades y actitudes para la prevención y tratamiento del tabaquismo desde la etapa de pregrado hasta la formación continuada durante la vida profesional.

Son muchos los profesionales que coinciden en que falta mucha *formación en tabaquismo*, que es tan necesaria como la formación en otras actividades preventivas. Algunos de ellos apuntan hacia la necesidad de formación en técnicas para la modificación de conducta u otro tipo de técnicas útiles en este campo.

Una enfermera del grupo focal reconoce que comenzó a realizar intervención tras un curso que realizó sobre esta competencia que valora mucho. Es muy interesante destacar que varios profesionales relacionan estrechamente la *formación* con la *motivación* y la *actitud* del propio profesional. Estos tres conceptos, *motivación*, *actitud* y *formación* son sinérgicos. De los tres la *formación* es la que puede proporcionarse más tempranamente durante la etapa de pregrado y

postgrado favoreciendo la *motivación y la actitud* necesarias para que el profesional se comprometa firmemente frente al tabaquismo en su consulta.

7.1.2. Responsabilidad del profesional de enfermería en la intervención en tabaquismo

En el presente estudio se ha realizado un análisis diferenciado de las cuestiones éticas relacionadas con la responsabilidad específica de la enfermera de Atención Primaria en la intervención frente al tabaquismo de sus pacientes. Esta categoría enriquece el conjunto de las cuestiones relacionadas con la responsabilidad del profesional, como se mostrará a continuación, porque ilumina y enfatiza conceptos ya destacados en otras categorías.

En la Figura 20 se pueden apreciar las distintas dimensiones de esta idea, que serán las que se detallan a lo largo del presente apartado.

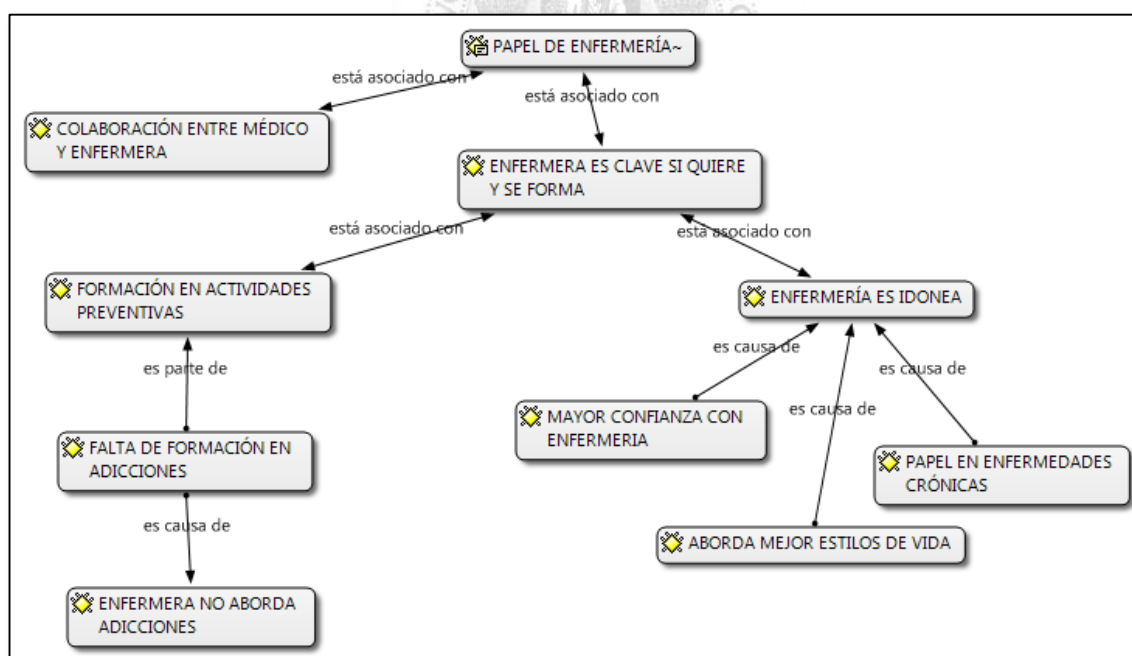


Figura 20. Responsabilidad de enfermería en la intervención en tabaquismo

Es preciso aclarar en este punto que a lo largo del presente informe se utilizarán de forma indistinta los términos *enfermera* y *profesional de enfermería*, por una razón de agilidad en el lenguaje y de proximidad a la realidad y a los datos obtenidos.

Como se puede apreciar en la figura anterior, en esta categoría se enfatizan conceptos relacionados con la idea anterior aunque relativos ahora al perfil de enfermería. Su responsabilidad en las *actividades preventivas* y de promoción de la salud, que implica la *intervención sobre estilos de vida* y la mayor *confianza* con el paciente hacen que la enfermera sea idónea para la intervención en tabaquismo. Sin embargo su responsabilidad requiere de una *formación* para la realización competente de esta actividad sin la cual la propia profesional va a verse incapaz de abordar adecuadamente el tabaquismo. Por lo tanto las propiedades que conforman esta categoría son las siguientes:

- Intervención específica de la enfermera como parte de las actividades preventivas. Se trata de una de las razones por las que cabe plantear una aportación específica del profesional de enfermería ante el paciente fumador en su consulta.
- Formación para la intervención en tabaquismo. Esta es una propiedad que emerge con fuerza de nuevo en este tema, como ya lo hizo en relación con el compromiso del profesional como ya se ha señalado.
- La necesaria colaboración entre médico y enfermera. La atención al paciente fumador es una tarea propia del equipo que deben formar el médico y la enfermera

Se detallan a continuación los resultados en relación con esta categoría de la *responsabilidad del profesional de enfermería*.

Existe bastante coincidencia entre los profesionales entrevistados en que la enfermera es idónea para el abordaje del tabaquismo. Como se puede apreciar en la tabla 1.3.1 del anexo lo

consideran parte de las actividades preventivas en las que su papel es destacado. Varios afirman que interviene mejor que el médico sobre aspectos relacionados con estilos de vida y promoción de la salud. Tal vez sea así porque ve con mayor regularidad a los pacientes sanos con factores de riesgo como la hipertensión, la obesidad o el tabaquismo que requieren control. Algunos de los participantes opinan que pueden y deben asumir las enfermeras mayor responsabilidad en la deshabituación del tabaco.

La enfermera sí que tiene un papel y, de hecho, lo emplea en el contexto de lo que es actividades preventivas. Es decir, igual que la enfermera en el contexto de las actividades preventivas toma la tensión y si ve que es alta hace las tomas de tensiones seriadas para ver si, hacer el, llegar al diagnóstico o le recomienda a una mujer que se haga citologías o otras cosas así pues también pregunta sobre el hábito tabáquico y da consejo breve (P1 1:64).

Los usuarios participantes relatan su experiencia desde la cual varios afirman que es su enfermera quien con mayor frecuencia aborda la cuestión del hábito tabáquico. Para algunos de ellos es la profesional a quien visitan con más asiduidad en su centro de salud y quien más les aconseja el abandono del tabaco.

La mayor *confianza* que los pacientes encuentran con su enfermera es una idea que se repite también entre los profesionales participantes en este estudio. Según su opinión el paciente se encuentra más relajado, con menos barreras en su relación con la enfermera. También varios de los participantes apuntan que habitualmente tiene más tiempo por paciente y ello contribuye a que éste reciba mejor sus consejos y recomendaciones y facilita, por tanto, la intervención de la profesional de enfermería. De nuevo aparece la idea de la confianza en el marco de la relación clínica como facilitador de la intervención en AP en general y en la consulta de enfermería en particular.

Fundamental, fundamental. Es más, enfermería dispone de más tiempo por paciente para poder abordar este tipo de temas. Si en las consultas de Atención Primaria tenemos entre 5 y 7 minutos por paciente y enfermería tiene entre 15, alrededor de 20 minutos por paciente se pueden abordar más temas. Además habitualmente el paciente cuando acude a consultas de enfermería está mucho más relajado. Está más relajado y no hay tantas barreras como se plantean entre el facultativo y el paciente. Entonces es fundamental la labor de enfermería y enfermería podría hacer una deshabituación tabáquica completa sin necesidad de que interviniese por ahí un facultativo (P5 5:34)

También son los profesionales participantes en las entrevistas y el grupo focal quienes echan en falta mayor coordinación entre médico y enfermera en sus consultas de cara a mejorar la intervención con el paciente fumador. Algunos de ellos proponen distintas formas de repartir la actividad en el tratamiento del tabaquismo. Valoran la importancia de trabajar en equipo y que ese ambiente lo perciba el paciente para que pueda contar con su acompañamiento profesional en el camino de la deshabituación del tabaco.

Bueno, si ellos, por lo que fuera, pues compartir el paciente una vez que le has puesto un tratamiento, pues las visitas de seguimiento las pueden hacer muy bien las enfermeras; cooximetría, ver el peso, el motivarle, el ver cómo ha ido; conjuntas, ¿No? Claro y nosotros también es una forma que se abordaría mucho más (P8 8:47).

La formación de enfermería para la intervención competente en tabaquismo es señalada por varios profesionales participantes como un camino a recorrer muy necesario. Una médico de familia indica que ha conocido a muy pocas enfermeras que aborden el tabaquismo y coincide con el resto de quienes señalan este problema en que lo que falta es formación. Aparece de nuevo

la grave cuestión de la formación. Varias enfermeras del grupo focal reconocen su déficit formativo en este campo y una de ellas comparte su experiencia en este sentido. Tras comenzar a formarse su implicación en la consulta frente al tabaquismo se vio potenciada venciendo el miedo a lanzarse al abordaje de este tipo de problemas. De nuevo emerge la cuestión de la formación en relación con la implicación del profesional.

Yo hice un curso de tabaquismo hace muchos años, y yo hasta entonces no me atrevía a abordar el problema. Quiero decir, abordar un problema cuando yo no sé plantear soluciones no me atrevo, no me atrevía con el tabaco, no me atrevo con el alcohol, no me atrevo con las drogas, porque es un campo que a mí se me escapa (GFP 20:460).

De este modo los resultados del presente trabajo en relación con la categoría *responsabilidad de enfermería* apuntan a la formación para la intervención en tabaquismo competente como la cuestión ética más importante. De esta manera la profesional de enfermería podrá mejorar su actitud y su implicación para mostrarse verdaderamente eficaz en la ayuda al paciente que desea dejar de fumar. Su situación profesional, accesible, cercana, competente, hacen de ella la persona idónea para desempeñar esa tarea.

7.1.3 La ejemplaridad del profesional en sus hábitos en relación con el tabaco.

Se entiende este concepto como una cualidad que debe acompañar al profesional sanitario por el hecho de serlo. Si se están analizando todas las dimensiones de la responsabilidad profesional en relación con su intervención frente al tabaquismo en su consulta la pregunta sobre si en razón de la misma cabe invocar un cierto deber de reforzar con su ejemplo su intervención es obligada. Resulta interesante recordar que esta idea emerge de los datos cuando tanto los

profesionales como pacientes entrevistados plantean este tema frecuentemente sin que su entrevistador aluda al mismo.

Por su importancia y el rico debate que suscita entre los participantes este tema requiere el análisis detallado de su estructura conceptual. Se puede apreciar en la Figura 21 la relación entre los distintos conceptos extraídos del análisis de la información.

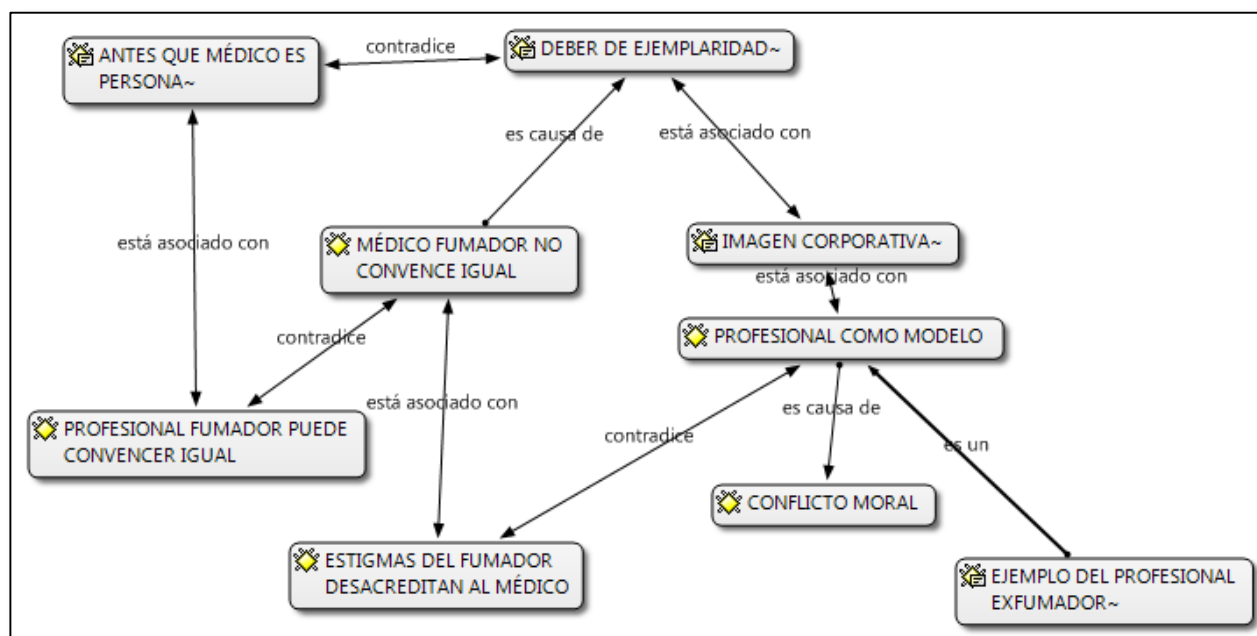


Figura 21. La ejemplaridad del profesional en relación con el tabaquismo

7.1.3.1 Deber de ejemplaridad

Varias son las dimensiones de la categoría *ejemplaridad del profesional*. La primera de ellas es la opinión de los participantes sobre la existencia o no de un *deber de ejemplaridad*. Los demás conceptos, muy relacionados con este primero son la *imagen social del profesional* y su *capacidad de convicción*.

Analizadas las entrevistas y grupos focales realizados se puede concluir que los profesionales participantes opinan que sí existe un cierto deber de dar ejemplo en relación con el tabaquismo,

así como con otros hábitos de vida insanos. Se puede apreciar en la tabla 1.4.1 que se encuentra en los anexos que son los pacientes entrevistados quienes rebajan el carácter imperativo de este deber de ejemplaridad de los profesionales sanitarios. Entienden varios de ellos que los profesionales sanitarios son personas antes que profesionales y, como tales, tienen en su vida hábitos positivos y negativos para su salud y problemas al igual que los demás. En lo que todos están de acuerdo es en que deben cuidar la imagen que proyectan porque esta refuerza o debilita el mensaje frente al tabaquismo que deben lanzar a sus pacientes.

Yo creo que sí, yo creo que hay que dar ejemplo. Si no das ejemplo no puedes convencer a nadie. O sea, si yo digo que no fumen y luego me ven fumar no puedo convencerlos porque lo primero que me van a decir es que lo deje yo. Y yo sí que llevo mucho cuidado en dar ejemplo en este tema. Tanto en el tabaco como en otros aspectos (P10 10:28).

Varias profesionales fumadoras coinciden en reconocer el conflicto moral que les genera su hábito, que no siempre pueden ocultar ante los pacientes que han recibido sus consejos antitabaco. La palabra “vergüenza” es repetida por ellas en el grupo focal en varias ocasiones para definir lo que sienten cuando son sorprendidas fumando por alguno de sus pacientes. Este conflicto hace pensar que estas profesionales han introyectado que sí tienen un cierto deber de predicar con el ejemplo, como profesionales que son, en la cuestión del tabaquismo.

7.1.3.2 Ejemplaridad e imagen social.

Si sobre la existencia de un deber de ejemplaridad existe cierta controversia entre los participantes esta se resuelve cuando se analizan sus opiniones sobre el deber cierto de cuidar la propia imagen profesional que debe reforzar el mensaje antitabaco. Algunos profesionales dan

mucha importancia a la imagen corporativa por lo que consideran que el sanitario fumador no debe salir a fumar con su uniforme a la puerta del centro en el que trabaja.

Quítate la bata y salte a la calle. Pero quítate la bata que es tu casco, tu mono de trabajo. Cuestión de imagen, es una imagen. Y date el piro. Pero esto de los hospitales que esté la gente fumando con la bata ahí como posesos, cuatro o cinco tíos. ¡Bueno, es horroroso, hombre!. Eso es una imagen corporativa horrorosa, vamos (P4 4:28).

Una idea interesante que surge de la información analizada es la del contexto cultural en el que esta imagen social se proyecta. En el grupo focal de profesionales se contrasta nuestra realidad con la de los países de cultura anglosajona en la que los profesionales se cuidan muy mucho de ser vistos cuando fuman o beben alcohol haciéndolo en espacios cerrados y privados. En nuestro contexto cultural se prefiere disfrutar en espacios públicos en los que el profesional fumador se muestra tal cual es y es visto por sus pacientes con mayor naturalidad.

Claro, es nuestra cultura. Te doy la razón. Por ejemplo, yo acabo aquí una mañana a las 3 de la tarde, que acabo de esto, me junto con un compañero y me siento en una terraza y me tomo una caña. [Ríe] ¿Entiendes? Y parece que hasta es una cosa espontánea y una cosa pues... pues de lo más natural (GFP 20:587).

Los pacientes que forman parte del grupo focal también consideran que es una mala práctica la del profesional que fuma en la puerta de su centro de trabajo o en quien se aprecian claros signos de su tabaquismo en la consulta.

Evidentemente aunque sólo sea por ética ¿No? Que al doctor no se le vea el tabaco y tal y cual. Con todo lo que es (GFU 19:471).

7.1.3.3 Capacidad de convicción

Esta es la última de las dimensiones de la *ejemplaridad del profesional*. Se trata del motivo más práctico que fundamenta el deber del profesional de dar un mínimo ejemplo saludable con sus hábitos. La eficacia de sus consejos puede verse comprometida si no se ven reforzados con el ejemplo.

Así lo ven, sobre todo, los pacientes entrevistados. Desde su punto de vista la mínima intervención del profesional frente al tabaquismo no se sostiene si más tarde es sorprendido fumando o presenta claros estigmas de ser fumador.

Pero, a ver, tú vas al médico y le dices: Oiga, quiero dejar de fumar. Y tiene un paquete encima de la mesa... Lo que te va a contar ya no te lo vas a creer de entrada (GFU 19:46).

Sin embargo algunos de los profesionales entrevistados consideran que el profesional fumador puede convencer tanto como el no fumador. De hecho, una de las enfermeras del grupo focal aún reconociendo que su tabaquismo le ha influido mucho asegura que ha ayudado a muchos de sus pacientes a abandonar el tabaco. De todo esto se puede deducir que son los estigmas, los atributos que delatan al fumador los que puede desacreditar el consejo del profesional dependiente del tabaco. Su compromiso profesional se debe traducir en cuidarse de ofrecer una imagen contradictoria con su mensaje que debe y puede ser tan enérgico como el de cualquier otro profesional.

En resumen, los datos disponibles en este estudio no permiten defender la existencia de un deber imperativo, de ejemplaridad en su estilo de vida del profesional o al menos en relación con su hábito de fumar o no. Si bien se coincide en que la imagen, los estigmas de fumador, el dejarse ver como tal influyen en la eficacia de sus consejos, que no necesariamente en su actitud. Lo quiera o no, el ser profesional sanitario lo convierte en modelo de persona con hábitos saludables

a ojos de la sociedad. Una síntesis vital del ejemplo que está llamado a ofrecer el profesional es el caso del ex fumador cuyo consejo antitabaco convencido se ve reforzado por su ejemplo de cara al paciente.

7.1.4 Papel de las consultas especializadas para el tratamiento del tabaquismo

Un último aspecto relativo a la responsabilidad del profesional frente al tabaquismo es el del papel de las consultas especializadas. Son pocos los datos que se han obtenido sobre ello, pero los profesionales que se pronuncian sobre esta cuestión opinan que su razón de ser es la de potenciar la eficacia de la intervención frente a aquellos pacientes que por su especial complejidad no puedan ser tratados desde AP.

Tal es el caso, según comentan algunos profesionales, de los pacientes psiquiátricos o politoxicómanos. El abordaje del tabaquismo y, sobre todo, la deshabituación requiere un cuidadoso manejo de su medicación psiquiátrica y de otras estrategias que pueden requerir la colaboración de profesionales especializados tanto en tabaquismo como en este tipo de pacientes.

Si bien esta necesidad de apoyarse en consultas especializadas en determinados casos en ningún momento debe servir de excusa para rebajar la responsabilidad del médico de familia y enfermería frente al tabaquismo. Una vez más cabe insistir en la importancia de la actitud comprometida con el tabaquismo también en el caso de pacientes que requieran ser derivados a consultas especializadas.

7.2 Cuestiones éticas en relación con la autonomía del paciente.

Se abordan en esta segunda parte los resultados de la investigación sobre aquellas cuestiones éticas relativas a la autonomía del paciente. Se utiliza el concepto de autonomía de forma amplia

y en todo caso con el sentido que Diego Gracia (2001) desarrolla en su propuesta para la ética clínica. Por tanto se van a desarrollar cuestiones relativas a las decisiones, valores y capacidad personal para decidir del paciente fumador.

Tres van a ser los conceptos que estructuran el presente apartado ordenados de acuerdo con la cronología en que los fenómenos que estos conceptos desarrollan se dan en la vida del fumador:

- La libertad de la decisión de comenzar a fumar.
- La dependencia.
- La decisión de abandonar el tabaco.

7.2.1 Libertad de la decisión de comenzar a fumar.

En el análisis de resultados de esta parte del presente trabajo la *libertad de la decisión* de iniciarse en el tabaco se desarrolla a partir del concepto de *libertad condicionada*, que resulta ser nuclear, como se puede apreciar en la Figura 22. Este es el primero de los conceptos que forman parte de las cuestiones de autonomía.

Se entiende por *libertad condicionada* la libertad de la decisión de comenzar a fumar, que necesariamente está determinada por distintas cuestiones de las que se hablará a continuación.

En la Figura 22 se muestra mediante una red el concepto de libertad condicionada con sus condicionantes vinculado al de la libertad de la decisión de inicio.

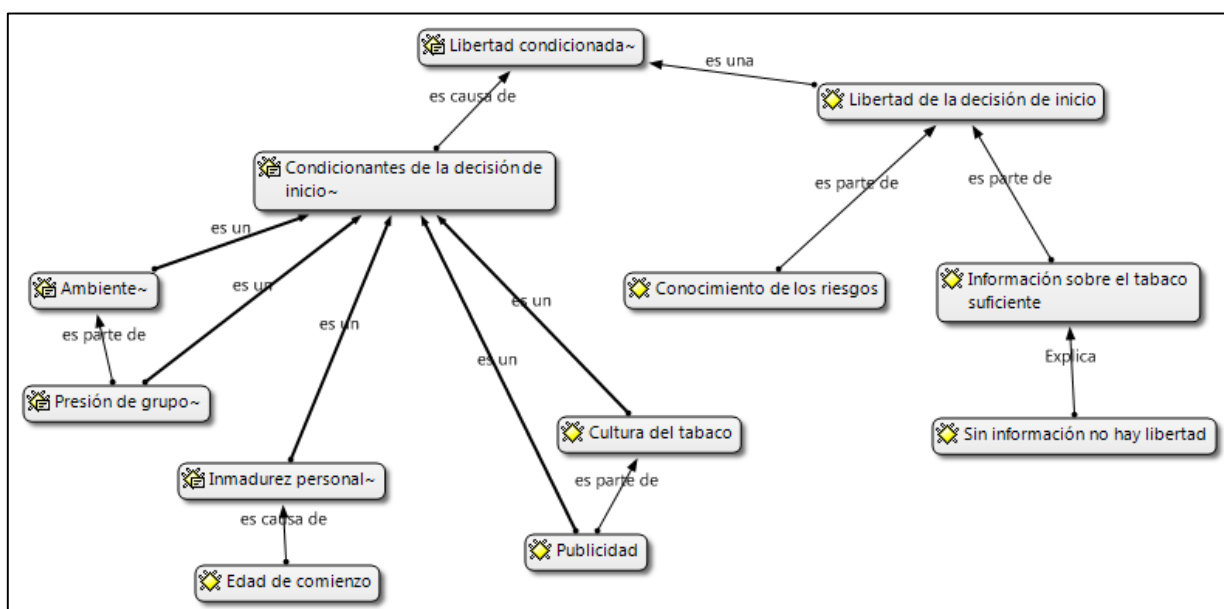


Figura 22. Estructura de la categoría libertad de la decisión de inicio

7.2.1.1 Información sobre el tabaco

¿Dispone de información suficiente el joven que se acerca al tabaco? Ésta es una de las preguntas que desarrollan este apartado de la libertad de la decisión de inicio. Por tanto, la cuestión de la información está subordinada a la libertad de la decisión de inicio. Se trata de uno de sus componentes principales. No se puede ejercer la libertad en la toma de decisiones sin la necesaria información, adecuada y suficiente necesaria.

Los profesionales entrevistados coinciden en que los jóvenes hoy disponen de mucha información sobre el tabaco y sus efectos sobre la salud. Señalan muchos de ellos (fumadores o ex fumadores) que lo que les resulta evidente es la diferencia entre la información de la que disponen hoy y la que tenían estos profesionales cuando eran jóvenes, cuando comenzaron a fumar. Entonces ni siquiera se sabía que el tabaco era perjudicial para la salud y altamente adictivo.

En ningún momento hace 41 años se hablaba de los riesgos, que yo creo que empezaron en los años 70 ¿no? Además fue un estudio del colegio de médicos inglés ¿No fue así? Que fue el primero que yo creo que fue el primer aldabonazo, que impactó, exactamente. Pero vamos, yo creo que ahora sí que están mucho más informados. Muchísimo más (P3 3:3).

Los usuarios coinciden con los profesionales en esta apreciación de que en los tiempos en que ellos se iniciaron en el tabaquismo no existía la información de que hoy disponen los jóvenes.

Hace muchos años no tenías toda la información que tienes hoy (U1 13:15).

El grupo focal de profesionales revela numerosas citas que insisten en la idea de que existe libertad de decisión en la medida en que se dispone de información. Algunos participantes en concreto ponen el ejemplo de aquellas personas que, por falta de acceso a recursos educativos o por escasa formación carecen de la información que hoy se considera básica y, por tanto, están mucho más expuestos al entorno a la hora de tomar determinadas decisiones como ésta de iniciarse en el consumo de cigarrillos. También coinciden en que en general existe mucha más información hoy que hace unas décadas.

Está claro que hay pacientes que no tienen libertad porque desconocen los riesgos y los problemas del tabaquismo. Lo desconocen por completo y es un... es un mundo a lo mejor en el que... en el que no hayan recibido información por una educación o por un acceso a una serie de circunstancias y esa gente pues está abocada al entorno, ¿no? (GFP 20:345)

Los usuarios participantes en el grupo focal aportan la riqueza de su experiencia según la cual no hay comparación entre la información de la que ellos carecieron de jóvenes y la que

actualmente existe por todos lados. En este sentido hablan de una “publicidad buena” para referirse a las campañas publicitarias que introducen el mensaje “fumar mata” en todos los espacios, desde los medios de comunicación hasta las cajetillas de tabaco. Este tipo de publicidad contrasta con la carencia de información en medio de la cual se iniciaron muchos de ellos. También citan el hecho de que las compañías tabaqueras introduzcan sin declararlo sustancias adictivas desconocidas en el cigarrillo. Consideran esta falta de información sobre aspectos concretos de la producción del cigarrillo especialmente vinculada con la falta de libertad.

Nosotros en aquella época no sabíamos que el tabaco era malo (GFU 19:375).

7.2.1.2 Conciencia de los riesgos del tabaco

Un tema determinante cuando se habla de la libertad en la toma de la decisión de comenzar a fumar es este, la *conciencia de los riesgos* que entraña el tabaquismo. Se entiende la conciencia como un conocimiento que va más allá de la mera información. Ser conscientes de una realidad requiere disponer de información dejando que la misma nos afecte hasta formar parte de nuestro ser y, por tanto, va a ser verdaderamente tenida en cuenta en nuestras decisiones. El joven que empieza a fumar tiene mucha información sobre el tabaco pero no es consciente de las consecuencias que acarrea el hábito con el que está experimentando arrastrado por la presión del grupo. Tener información no es lo mismo que tener conocimiento, que implica conciencia de los riesgos y las consecuencias que tienen nuestros actos.

El análisis de los resultados de la categoría *conciencia del riesgo* gira fundamentalmente en torno a la siguiente idea; los jóvenes tienen información más que suficiente pero no son conscientes de los riesgos que verdaderamente entraña el tabaquismo. A continuación se expone

cómo esta idea se plantea por los profesionales y usuarios en las entrevistas y los grupos focales realizados.

Los profesionales plantean claramente que los jóvenes están informados pero no son conscientes de los riesgos que entraña el tabaquismo. De alguna manera ser joven, apuntan, supone una falta de conciencia plena sobre los riesgos y consecuencias de las acciones que se emprenden. A ello se suma la opacidad existente sobre el gran poder adictivo un número indeterminado de sustancias que se les incorpora a los cigarrillos.

Ellos tienen información pero no tienen ni idea de la repercusión que les va a llevar el comenzar a fumar. Tienen información, saben que es malo pero, claro, ellos lo ven a muy largo plazo, lo de adolescentes ¿no? (P8 8:2).

Los usuarios, comentando su experiencia, coinciden en que no eran conscientes de lo que hacían cuando comenzaron a fumar. Pensaban que lo iban a poder dejar en cuanto quisieran. No hay disenso en este aspecto tampoco entre ellos.

Es como el que se bebe una cerveza y dices: "Pues yo nunca voy a ser alcohólico, pero luego empiezas a beber y... ¡Ojo!" Pero no eres consciente (U2 14:13).

Los profesionales que conformaron el grupo focal además de afirmar los planteamientos ya expuestos en las entrevistas sobre este tema mencionan que existe un grupo de jóvenes, que son profesionales sanitarios y que por ello tienen acceso a mayor información y conocimiento sobre los riesgos. Sin embargo, existe otra serie de circunstancias, que se desarrollan más adelante, que facilitan su iniciación en el tabaco.

P2: Piensan que no pasa nada, que no hay ningún problema, y cuando te quieres dar cuenta ya no... ya te has...

PI: ...ya te has enganchado (GFP 20:336).

Los usuarios que formaron parte del grupo focal coinciden con los profesionales entrevistados individualmente en señalar el desconocimiento sobre las sustancias que se le incorporan al tabaco por su alto poder adictivo como uno de los datos que evidencia la inconsciencia con la que los jóvenes se enfrentan a la decisión de iniciarse. No se puede ser consciente de algo sobre lo que se carece de clara información.

7.2.1.3 Condicionantes de la decisión de inicio

Son todas aquellas cuestiones que favorecen la decisión de comenzar a fumar y que por tanto, condicionan la misma.

Los principales condicionantes de esta decisión de comenzar a fumar son:

- El ambiente y la presión de grupo.
- La inmadurez personal
- La cultura de normalización del tabaco.

7.2.1.3.1 El ambiente y la presión de grupo

Dentro de los condicionantes de la decisión de iniciarse en el tabaco el ambiente y la presión de grupo, muy relacionados ambos, son, sin duda, los principales a la vista de los datos obtenidos.

El *ambiente* ha de ser entendido como el contexto social en el que se mueve el joven que se inicia en el tabaco bien sea el familiar, el de los amigos o iguales, el laboral o el educativo.

Cuando se habla de la *presión de grupo* se alude a los mecanismos por los que el grupo de amigos, ambiente decisivo en la vida del adolescente, empuja al mismo a tomar ciertas

decisiones. En la siguiente anotación realizada durante el proceso de análisis se aprecia su importancia.

¿Te apetece? Las múltiples caras de la presión de grupo

Desde la seducción que entraña esta pregunta hasta la presión burda de la amenaza hay todo un abanico de formas en las que el grupo favorece que el joven pruebe el tabaco. Algunas no son reconocidas como presión, pero en la medida en que el adolescente acepta la primera calada para caer bien al grupo funciona un mecanismo mediante el cual la libertad individual se pliega ante las normas del grupo.

El concepto *presión de grupo* presenta muchos vínculos con otros conceptos, por lo que resulta interesante explorarlo mediante la Figura 23 en la que se aprecia la red que lo articula.

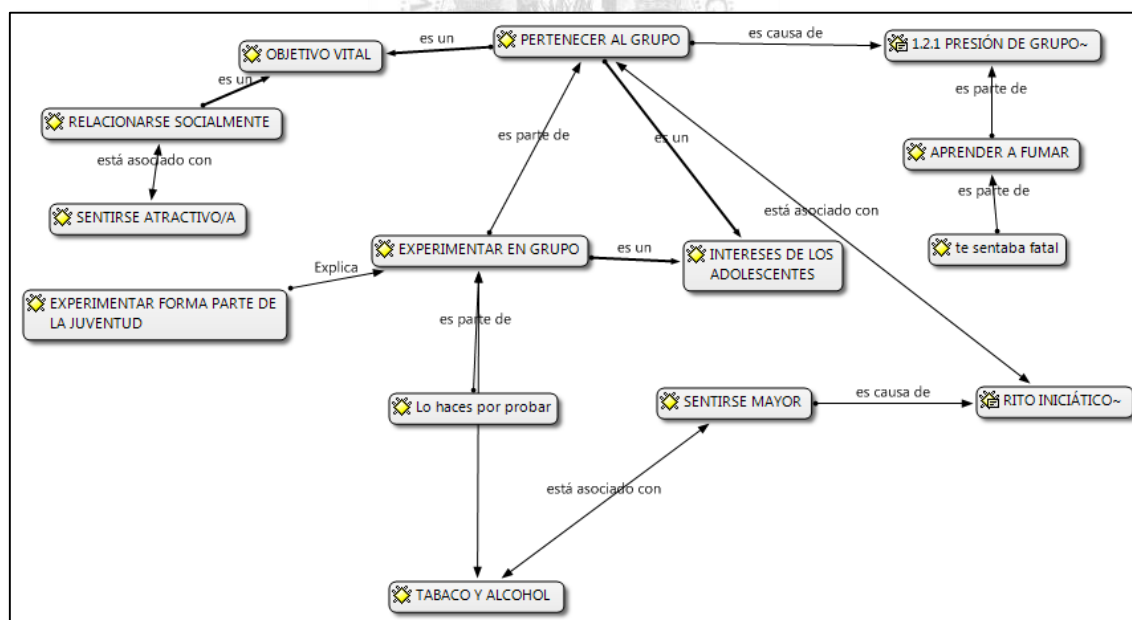


Figura 23. Sobre el concepto Presión de grupo

Como se puede apreciar en la siguiente cita, los profesionales entrevistados entienden que la libertad de la decisión del joven que empieza a fumar está muy condicionada por la presión del

grupo que funciona como un condicionante clave de esa decisión. Es más, en varias de ellas se cita este factor determinante para ilustrar la idea de que la libertad de la decisión de inicio del joven está más que condicionada.

En cuanto a la libertad de elegir fumar o no fumar pues es muy relativa porque en esas épocas se encuentra la presión de grupo. La presión de grupo que es fundamental a la hora de estar incluido o no estar incluido en el grupo. Cuando se mueven dentro de un ambiente en el que fundamentalmente fuman, en el que está bien visto fumar y en el que el más gallito, el que es el líder del grupo fuma pues tiene una “libertad” que le hace empezar a probar esos cigarrillos y empezar a fumar (P5 5:5).

Cuando hablan del ambiente, se refieren sobre todo al ambiente familiar y le dan importancia porque el joven tiende a imitar los hábitos que ve en sus padres, tíos y familiares con ascendiente más cercanos.

Veo al padre que fuma, la madre que fuma. Yo también fumo porque no pasa nada aunque ellos dicen que es malo, pero están fumando, luego tengo que copiar la conducta (P8 8:18).

También los usuarios entrevistados citan la presión de grupo como uno de los aspectos que más condicionan la libertad de la decisión de comenzar a fumar. A diferencia de los profesionales, ellos tienden a hablar de su propia experiencia como fumadores. Respecto a la cuestión del ambiente condicionante citan más al grupo de amigos que al ambiente familiar sobre el que no todos creen que haya sido decisivo como influencia para ellos a la hora de comenzar a fumar:

Animado por compañeros. Libre tampoco, quiero decir. Compañeros que te dicen “Venga, echa un cigarro”. Yo empecé así (U6 18:2).

Es destacable el hecho de que se repite en el grupo de profesionales la idea de que el objetivo vital del joven, por encima de ningún otro en ese momento, es pertenecer al grupo y para ello es capaz de “aprender a fumar” superando el rechazo que le producen las primeras *caladas* al cigarrillo. Ser aceptado por el grupo es todo lo que busca el adolescente.

La cuestión es con 14-16 años el objetivo final de su vida es vivir por y para el grupo, ser... o sea recibir el cariño del grupo y ser asentados en un grupo social (GFP 20:375).

En el grupo focal realizado con usuarios se evidencia también cómo el criterio del grupo, de los demás, pesa más en la decisión y la conducta del joven que el criterio personal. Se aprecia cómo el realizado con usuarios revela mucha información relativa a la presión de grupo como condicionante de la decisión de inicio. Varios usuarios comentan su experiencia como un rito iniciático al que son “invitados” en el ambiente familiar o de amigos que les hizo sentirse mayores.

Yo tendría diez, doce años, no, trece años, o algo así y me acuerdo que la prima más mayor que tenía nos metía a todos en una habitación y nos daba a todos un cigarro como diciendo “Venga, que ya sois mayorcitos”... (GFU 19:373)

Presión de grupo y ambiente resultan en este trabajo dos condicionantes fundamentales en la decisión de comenzar a fumar. Como se plantea a continuación estos dos condicionantes, que van de la mano formando un solo concepto, tienen el peso que tienen porque el adolescente “adolece” de una falta de madurez y seguridad por la cual necesita del grupo.

7.2.1.3.2 Inmadurez personal

La *inmadurez personal* es el segundo de los condicionantes de la decisión de comenzar a fumar. Se entiende la *inmadurez personal* como la falta de prudencia, sensatez y buen juicio que le permiten a una persona tomar decisiones adecuadas, maduras. El joven adolescente carece habitualmente de la necesaria madurez para tomar decisiones sopesando prudentemente las consecuencias de las mismas. Su relación con la libertad es muy estrecha ya que no se puede hablar de plena libertad personal sin la necesaria madurez para ejercerla.

Los conceptos que engloba *inmadurez personal* se articulan en la Figura 24.

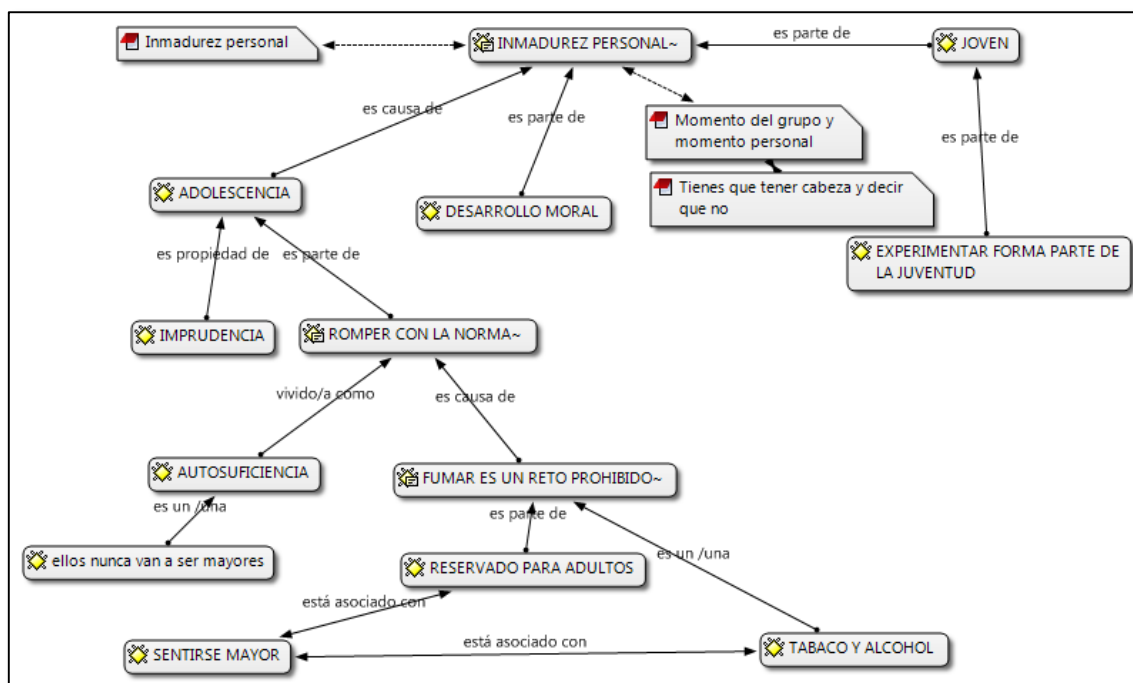


Figura 24. Red de conceptos articulados en torno a inmadurez personal.

Los profesionales entienden que al adolescente le falta esa capacidad de juicio, esa madurez para tomar decisiones verdaderamente libres. Es poco probable, opinan, que a la edad de 12, 13, o 14 años el joven posea un desarrollo moral o una madurez capaz de tomar decisiones juiciosas si esto le supone perder el favor de su grupo de amigos. Es necesaria una personalidad fuerte que se

forja precisamente sabiendo decir no cuando lo más cómodo es seguir la corriente.

Lo que pasa que muchas veces es que a la edad en la que se empieza a fumar no existe la suficiente maduración de la persona como para poder ejercer esa libertad plenamente (P1 1:68).

Los usuarios entrevistados relacionan inmadurez con inconsciencia juvenil. Lo cierto que es que las citas que responden a uno y otro concepto son muy similares o se repiten en las entrevistas realizadas a los usuarios.

O porque tienes miedo a la muerte, porque cuando tienes 20 o 30 años es una cosa que está ahí pero no la consideras cercana. Conforme te vas haciendo mayor o te haces más maduro y piensas más las cosas, piensas en todo, en lo bueno y en lo malo. Cuando tienes 20 años el mundo te lo tomas por montera (U1 13:51).

Los profesionales participantes del grupo focal realizado citan la edad, la juventud y la inconsciencia sobre las consecuencias de las propias decisiones como dimensiones que forman parte del concepto de la inmadurez personal. Es interesante señalar el fuerte vínculo que se aprecia entre la inconsciencia ante los riesgos de la que se ha hablado con anterioridad y la inmadurez personal. Se podría apuntar que uno de los rasgos de la persona inmadura es que no es consciente de la transcendencia de sus decisiones y los riesgos que asume.

P4: Sí que es verdad que ahora hay más información, lo cual eso les hace más libres, pero esa información creo que los... las personas de este rango de edad no la...

P6: ...no la perciben (GFP 20:395).

La rebeldía, el romper con la norma, el llevar la contraria a quien tiene autoridad como lógica del adolescente son aspectos que repiten los usuarios en el grupo focal. Consideran algunos que

es quimérico pensar que el adolescente puede pasar esa etapa sin haber cogido un cigarrillo como gesto de desobediencia a la norma en el seno del grupo de pares.

La adolescencia es un momento muy especial donde a lo mejor el fumar es un signo de rebeldía, de "Me dices que no, pues yo digo que sí". Si le dices: "No leas poesía". "¿Que no lea poesía?". Igual te sale ahí un premio Nobel. La adolescencia tiene sus propias claves (GFU 19:454).

A estas edades habitualmente no tienen madurez los adolescentes para tomar decisiones importantes, además el grupo pesa mucho en sus vidas y hacen cualquier cosa por ser aceptados por el mismo. Es una edad en la cual comienzan a experimentar sin la supervisión de sus padres, creen ser libres y aspiran a serlo. Son toda una serie de condicionantes que hacen que esta sea la edad propicia para iniciarse ayer y hoy en el tabaco. La mayor información de la que disponen no evita que esas edades sigan probando sus primeros cigarrillos.

Se ha mostrado, por tanto, cómo la inmadurez personal propia del adolescente condiciona el ejercicio de su libertad como es lógico. Es apreciable a estas alturas que la decisión de comenzar a fumar condicionada por aspectos tan poderosos como el grupo, el ambiente y la falta de madurez está lejos de ser una respuesta a un verdadero ejercicio de libertad.

7.2.1.3.3 Cultura del tabaco y publicidad

Se consideran estos dos conceptos como condicionantes de la libertad de la decisión de iniciarse en el tabaco vinculados entre sí. La *publicidad* es toda aquella estrategia o actividad de la industria productora y distribuidora de productos derivados del tabaco realizada con el objeto de estimular el deseo y el consumo de estos productos. Sin esta publicidad el tabaco no se podría

entender el tabaquismo en el mundo en sus dimensiones actuales.

La *cultura del tabaco* habría que entenderla como el conjunto de elementos que traducen la aceptación social y la normalización del tabaco en la sociedad. En la siguiente anotación se aprecia la importancia que ha tenido y tiene esta cultura de normalización del tabaco en las generaciones de fumadores hoy adultos.

Cuando fumar no era malo

En los 60 o 70, cuando era normal ver al médico pasando sala fumando y al paciente también, los condicionantes de inicio del tabaquismo eran otros. Fumar no era malo, lo hacían los médicos y las estrellas de cine. Hoy tiene otras implicaciones porque se conocen sus efectos. Antes se fumaba porque no era malo y hoy se empieza porque nos dicen que es malo y está prohibido.

Los profesionales entrevistados cuando se refieren a este concepto de la cultura del tabaco tienden a centrar su discurso en las mujeres. Consideran que el atractivo social que confiere el hecho de fumar unido a la facilidad del acceso al tabaco condiciona la decisión de iniciarse sobre todo en el caso de las adolescentes aunque no exclusivamente. La importancia que nuestra sociedad le confiere al peso corporal también favorece la iniciación y el mantenimiento de las jóvenes en el hábito de fumar como apunta esta profesional participante en el estudio.

Yo creo que hay un objetivo muy claro sobre todo por parte del sexo femenino que es la del peso. Es la idea prioritaria de esta sociedad en este mundo, o sea sólo piensan en eso. Piensan que es una manera, es un medicamento para adelgazar que no tienen que pedir receta, así de claro (P1 1:14).

Los usuarios, sobre todo una de ellas, fumadora, es insistente reiterando la idea de la moda como condicionante. Ser modernos o modernas era el motivo que hacía que su generación se lanzara a probar los primeros cigarrillos. Era una moda muy extendida.

Lo lógico y normal es que estuvieras en un bar o en una discoteca y estuvieras fumando, que es lo que estaba de moda (U1 13:12).

Coinciden con esta idea los usuarios que formaron parte del grupo focal. Ellos también consideran que el atractivo social del tabaco, la moda que lo universalizó entre su generación cuando ellos empezaron a fumar siendo muy jóvenes fue decisiva como condicionante. Vinculan la moda y el atractivo a la publicidad desarrollada por la industria tabaquera. Critican varios de ellos la estrategia de patrocinio por parte de esta industria de eventos deportivos especialmente seguidos por jóvenes.

¡Que no es una cosa de capricho!. Lo habéis hablado antes. Que es que cuando éramos críos es que si no fumabas eras tonto. No porque lo dijeran tus compañeros. La publicidad está así, era así (GFU 19:433).

Estando de acuerdo en el poder del tabaco promocionado por la industria como elemento que atrae a los jóvenes coinciden varios profesionales del grupo focal en que esta cultura del tabaco está cambiando como resultado, en gran parte, de la legislación vigente en nuestro país. Si antes el que se quedaba en minoría era el no fumador, que era blanco de las burlas del resto de sus amigos que fumaban, hoy los que persisten en su hábito son pocos y se sienten culpables, según afirman varios profesionales. La ley ha cambiado la cultura y ésta ha hecho que pierda atractivo el hecho de ser fumador.

Yo recuerdo donde yo trabajo que antes fumábamos muchísima gente, ahora nos hemos quedado cuatro y además cuatro concienciados, eh... con síntomas claros de culpabilidad... (GFP 20:403)

De manera que la cultura de normalización del tabaco, hoy en retroceso en nuestro país, ha sido y sigue siendo un condicionante destacado de la libertad de la decisión de inicio, a la vista de los resultados del presente estudio.

7.2.2 Dependencia.

La *dependencia* constituye la segunda de las categorías que forman parte de las cuestiones relacionadas con la autonomía. Se entiende la dependencia como la necesidad imperiosa que el fumador experimenta de consumir tabaco para experimentar los efectos del mismo o evitar los producidos por la abstinencia.

Si la libertad de la decisión de comenzar a fumar está más que condicionada, una vez establecido el hábito la decisión sobre si fumar o no, o cuándo hacerlo va a responder a esta coacción interna que mueve a fumar al dependiente, a menudo más de lo que quisiera.

La pregunta es qué tipo de vínculo se establece entre los conceptos de dependencia y el de libertad. Interesa conocer la opinión de los participantes acerca de la pérdida de capacidad para decidir sobre su propio consumo. Por tanto esta será la dimensión nuclear a explorar en primer lugar en relación con la dependencia.

7.2.2.1 Dependencia y pérdida de la capacidad para decidir sobre el propio

consumo de tabaco

El problema de la dependencia es que resta capacidad al fumador para controlar su consumo. La mayoría de fumadores desearían poder decidir sobre su consumo pero no pueden. Se debe entender la capacidad para decidir sobre el propio consumo como la facultad para establecer libremente cuándo y cuántos cigarrillos fumar y cuándo abandonar el tabaco.

Se detallan a continuación los resultados en relación con la dependencia y esta pérdida de capacidad para controlar el propio consumo. Se recogen los mismos en la tabla 2.2 del citado anexo sobre dependencia y pérdida de capacidad.

Los profesionales entrevistados coinciden en que cuando se establece la dependencia nicotínica se limita o pierde capacidad o libertad para decidir si seguir fumando o abandonar el hábito. Así lo apunta una de las enfermeras que participó en el grupo focal.

Y porque en general no notas los síntomas... no sé cómo explicar. O sea no... La dependencia del tabaco te das cuenta el día que lo quieres dejar, ¿Me explico? Entonces, ahí es jorobado (GFP 20:540).

Hasta ese momento el fumador puede vivir en la ilusión de creer que controla su hábito que es la misma con la que lo inició. Es cuando ve que no puede dejarlo cuando puede percibir con toda crudeza que ha caído en la trampa de la dependencia y que, por tanto, tiene un problema.

Que se cree que lo puede dejar pero no tiene autonomía para dejarlo porque cuando te planteas dejarlo no puedes (P10 10:7).

Los usuarios por su parte, tanto en las entrevistas como en el grupo focal, como es lógico, responden a esta pregunta desde su propia experiencia. De forma mucho más dramática

constatan varios de ellos, fumadores con años de tabaquismo a sus espaldas, que quisieran, pero no pueden dejar el tabaco.

Pero que es una adicción, sí, sí. Pero a mí me pesa más... Personalmente es que tampoco ahora mismo tampoco, no me veo yo como para dejarlo (U4 16:11).

De modo que el problema del tabaco es la dependencia que le obliga a fumar a uno más de lo que desearía. Un usuario apunta que lo bueno sería fumar de forma realmente libre. Es decir, controlar lo que se fuma. Se está planteando en este apartado un valor mayor, el de la libertad que queda sometida por la dependencia en el fumador establecido. Este sometimiento de la propia libertad, esta “esclavitud de la nicotina” se ha analizado de forma diferenciada desde aspectos más puramente biológicos.

7.2.2.2 Esclavos de la nicotina

Numerosos participantes hablan de la necesidad imperiosa de fumar que sienten o de lo mal que se encuentran cuando mantienen la abstinencia del tabaco, sea por necesidad o por voluntad. Esta vivencia es muy difícil de entender para la persona que nunca ha experimentado la dependencia del tabaco, como señala una de las participantes del grupo focal. De esa incompreensión surge en ocasiones una actitud beligerante con el fumador, que desemboca en conflictos en los ámbitos cercanos al mismo que no le facilitan la decisión de cambiar. Se detalla esta categoría en el apartado correspondiente a la actitud.

Los profesionales, en la medida en que han estudiado y han abordado con mayor profundidad el problema de la dependencia del tabaco explican algunos de los mecanismos por los que la nicotina somete la voluntad del fumador. Como se puede apreciar en la tabla 2.2.2 del anexo, conciben el tabaquismo como una auténtica drogodependencia según la cual el fumador debe

suministrarse dosis de nicotina periódicamente para responder a las demandas de sistema nervioso modulado por esta sustancia.

Llega un momento en que si no te fumas la cantidad de nicotina que necesitas tu organismo te lo está pidiendo y te hace encontrarte mal (P5 5:8).

Es interesante contrastar este conocimiento con la experiencia vital de los usuarios fumadores que enumeran muchos de los síntomas que forman parte del síndrome de abstinencia nicotínica. Hablan de ansiedad, de nerviosismo, de que se encuentran fatal si no pueden fumar cuando el cuerpo les exige hacerlo.

Porque yo llevo un año queriendo dejar de fumar y lo he dejado tres días pero sigo. Y cada cigarro me sabe fatal a la cabeza ¿No?. Pero el cuerpo lo necesita (GFU 19:537).

La dependencia al tabaco no le permite al fumador imaginar lo que sería vivir sin ello. Una vez que el paciente se embarca en la ruptura con el tabaco sufre imaginando, proyectando lo mal que lo va a pasar, y luego llega la realidad y se da cuenta de que no era tanto, que se podía superar, que no se hunde uno por eso. Y esa constatación de la realidad frente a la proyección mental motiva para seguir adelante más que muchas otras cosas. Es un proceso muy personal lo que le hace avanzar al fumador hacia la “tierra prometida” libre de humo.

A la vista de estos resultados se aprecia que la dependencia tiene mucho de emocional mientras que la voluntad guarda relación con lo racional. Así la dependencia nos hace actuar por impulsos frente a la razón que nos permite proyectar, pensar y decidir con mayor libertad. Uno de los fumadores entrevistados asegura que la voluntad depende de no tener problemas que le ponen nervioso haciéndolo fumar. Es decir, vincula la voluntad con la estabilidad emocional de tal

manera que cuando tenemos problemas, nos ponemos nerviosos, perdemos la calma y con ella la voluntad para controlar el deseo de fumar.

La dependencia, por tanto, se ancla en circuitos de recompensa biológicos que reducen nuestra voluntad, nuestra libertad. Se podría concluir que la dependencia nos esclaviza mientras que la voluntad nos libera.

7.2.3 Decisión personal de cese del tabaco

Se abordan en el presente apartado los resultados relativos a la decisión de abandonar el tabaco. Se incluye esta idea dentro de las cuestiones relacionadas con la autonomía porque, como se tratará de mostrar, aunque el profesional puede acompañar o ayudar en la maduración de la misma esta decisión la debe personalizar el fumador.

En la Figura 25 se pueden apreciar los componentes de esta categoría. Los participantes proporcionan información sobre el proceso que debe elaborar el fumador para llegar a esa decisión de forma personal. Este proceso avanza en la medida en que existe un motivo personal que el fumador debe descubrir y desemboca en un momento en el cual la decisión se adopta. Existen, por tanto, una serie de motivos, que ayudan a tomar la decisión de cese y también una serie de condicionantes que suponen un obstáculo para esta decisión.

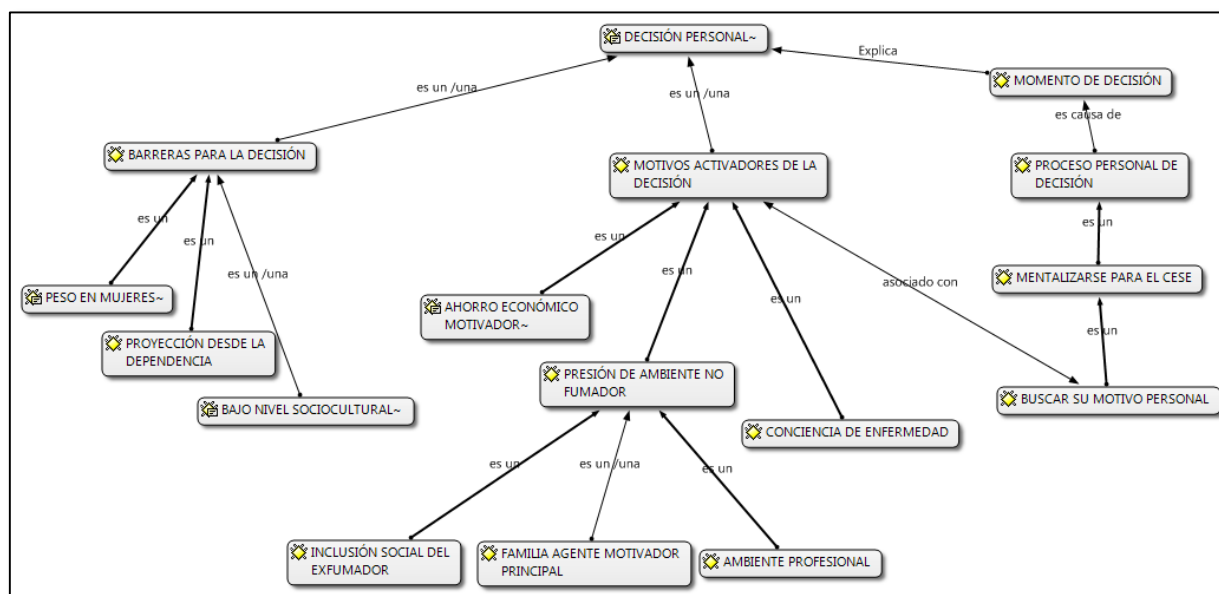


Figura 25. Decisión personal de cese y factores que la condicionan.

En primer lugar varios de los profesionales y pacientes entrevistados dan importancia al carácter personal de la decisión de abandonar el tabaco. Nadie puede tomar esta decisión en el lugar de la persona dependiente. Por tanto, todo intento de cese que no pase por esta firme decisión de romper con el tabaco es muy probable que sea infructuoso en un corto periodo de tiempo según la opinión de varios de los participantes en este estudio. Es importante tener en cuenta el momento de esta decisión, a juzgar por lo que expresan las citas recogidas en la Tabla 2.3 del anexo III. Una usuaria entrevistada sostiene que sólo asumiendo el carácter personal de la decisión de iniciarse en el tabaco, y de su cese se podrá conseguir el abandono. La decisión personal es una clave en todo este proceso.

El concepto de mentalización necesaria para tomar la decisión de abandonar el tabaco se repite también, sobre todo en el grupo focal realizado entre usuarios como puede apreciarse en la citada tabla. Se entiende mentalizarse como convencerse y prepararse para la decisión clave del

abandono del tabaco. En este proceso de mentalización puede aparecer un momento clave que lleva a la persona a tomar la decisión según expresan.

Y si no lo decides tú, pienso que no lo pueden decidir los demás. Por mucho que te estén diciendo que esto no lo puedes hacer, tú si quieres lo haces, de una manera u otra. De hecho, ahí lo tienes: no te dejan fumar en ningún sitio, pero haga frío o calor, estamos en la calle fumándonos el cigarro (U1 13:14).

Se recogen también en este apartado aquellas circunstancias que dificultan, que suponen una barrera para la decisión de dejar de fumar y las que lo facilitan.

Entre las primeras una de las profesionales insiste en la idea del peso corporal. Considera que entre las mujeres, especialmente, se vive el tabaco como una sustancia legal y accesible para controlar y reducir el peso y saben que suspender su consumo conlleva un aumento del mismo. Esta frecuente consecuencia de la abstinencia actúa como una barrera para la decisión de cese.

Otro profesional apunta a la ausencia de toda expectativa en la vida que aprecia especialmente entre los hombres que viven solos, sean solteros o viudos, en el medio rural. En este tipo de pacientes es muy difícil encontrar realidades que los motiven a abandonar el tabaco porque son víctimas de un abandono vital personal que condiciona sus conductas y hábitos ausentes de todo auto cuidado. Es esta una auténtica barrera para la decisión de cese del tabaco. Cierta relación con la anterior guarda el bajo nivel sociocultural que es citado como otra circunstancia que dificulta la decisión del abandono del tabaco.

En este sentido varios profesionales hablan del paciente mayor que vive solo en el ambiente rural como un tipo de fumador especial. Factores como la soledad, el aislamiento, la soltería o viudedad pueden hacer de estas personas especialmente faltas de motivación para cambiar y abandonar en su vida el tabaco, último compañero fiel aunque tóxico que les queda en su larga

vida. Resulta especialmente interesante este tipo de pacientes en mi investigación por representar un patrón poblacional muy común en el mundo rural que es tan propio de la comunidad en que se desarrolla nuestro estudio.

Como factores facilitadores de la decisión de cese se detallan numerosas citas que hacen emerger unos pocos motivos que los participantes consideran que están detrás de su decisión personal de dejar de fumar. Principalmente destacan los usuarios el *ahorro económico* como motivo fundamental para abandonar el tabaco según su propia experiencia. Algunos de ellos opinan que este motivo, si no lo es ya, llegará a ser el principal, por el cual decidirá abandonar el tabaco, dado que su precio no deja de subir.

Esto, esto es importantísimo también porque llegará un momento que la gente no va a poder pagar. Y al final va a prevalecer en muchos casos el tema económico (GFU 19:41).

Otro motivo que, sobre todo, emerge en las entrevistas y grupo focal de usuarios es el del *ambiente*. Si este era uno de los factores condicionantes de la decisión de inicio también opera como condicionante de la decisión de cese. El ambiente en el que el fumador se mueve hoy en día está marcado por los no fumadores. Cada día más los ambientes profesional, familiar, social en los que el fumador desarrolla su vida cotidiana son ambientes libres de humo del tabaco. Por ello el fumador se siente desplazado y obligado a apartarse de ellos para poder fumar sin molestar ni quebrantar la normativa. También se recogen bajo esta idea las citas que expresan que el ejemplo de abandono del tabaco de los padres marcan el ambiente familiar de manera que los hijos fumadores también intentan con seriedad romper con el hábito.

La *familia* como motivo para abandonar el tabaco y como agente que presiona al fumador para que lo haga es también una idea frecuente en las entrevistas y el grupo focal de usuarios. Varios de ellos consideran que, bien sea por la insistencia de los hijos o el cónyuge para que lo

dejen, o por la responsabilidad de cuidarse para no cargar a su familia con el daño que el tabaco pueda ocasionarles, el peso que tiene este motivo lo convierte en principal, junto con el del *ahorro económico* a la hora de decidirse por el cese del tabaco.

El decir "Si te pasa algo tu familia se queda sola. Tu familia... Tú lo vas a sufrir pero ellos lo van a sufrir más todavía. Porque tú te has ido y mira... Pero ellos se quedan aquí y se van a quedar con el tema". Yo creo que ese es el.... por lo menos en mi caso. Que es con lo que más me hace. (U2 14:25).

Y, por último, se señala, sobre todo por parte de los usuarios, la conciencia de enfermedad, de daño para la salud personal derivado del tabaquismo, como factor motivador. Una profesional habla de la enfermedad crónica derivada del consumo de tabaco como realidad que, una vez asumida por el fumador, permite madurar la decisión de abandonar el tabaco. A su vez un usuario, muy participativo en el grupo focal, comenta cómo experimentaba su pérdida de capacidad funcional como evidencia de que debía de tomar la decisión de acabar con el hábito que le estaba dañando diariamente.

¿Esto de qué es? No es de trabajar, esto del cigarro. Entonces ¿Cómo me lo quito? Me voy a quitar el cigarro a ver si estoy mejor. De hecho estoy mucho mejor (GFU 19:349).

En este apartado se han detallado los resultados relacionados con la decisión de fumar, principalmente los motivos que los participantes consideran que tienen más peso en la misma desde su propia experiencia. Es interesante destacar, para terminar, que en todos los motivos enumerados aparece como agente, invisible pero influyente, el Estado con su función reguladora. En efecto, es el Estado, mediante las administraciones con funciones de regulación de la venta, distribución y consumo quien aumenta los precios del tabaco mediante las políticas impositivas,

genera cada vez mayores espacios y ambientes libres de humo mediante las sucesivas regulaciones legales contribuyendo así a que los fumadores se sientan en minoría en sus ambientes cotidianos. Este vínculo entre la decisión de cese y el papel del Estado se expone con mayor profundidad en el capítulo siguiente.

7.3 Cuestiones éticas en relación con la actitud del profesional

Este apartado de los resultados recoge todas aquellas cuestiones éticas relativas a la actitud del profesional frente al tabaquismo en su consulta. La actitud del profesional de AP frente al paciente fumador en el contexto de su consulta estará necesariamente relacionada con las cuestiones relativas a la autonomía del paciente, la responsabilidad del profesional y la distribución de los recursos. Se plantea, por tanto, en el presente apartado la problemática ética que surge de la práctica concreta del profesional al dar respuesta cotidiana a las cuestiones que se han analizado en los demás apartados.

Para abordar el presente capítulo se ha tratado de clasificar la información proporcionada por los participantes en las cuatro categorías siguientes:

1. Inhibición del profesional ante el tabaquismo.
2. Consejo persuasivo personalizado.
3. Acompañamiento del paciente desde la deliberación.
4. Paternalismo directivo.

7.3.1 Inhibición del profesional ante el tabaquismo

La información relativa a las actitudes propias de esta categoría tiene que ver con la negligencia del profesional ante el tabaco. Se debe entender inhibición como ausencia de

implicación en este tema. Esta sería la actitud del profesional que no pregunta por el hábito de fumar, no lo registra habitualmente y tampoco aconseja su cese. Ante el problema del tabaquismo se muestra neutral y despreocupado centrando su actuación en otro tipo de actividades.

Unos pocos usuarios y profesionales entrevistados coinciden en que son muchos todavía los médicos que no tocan el asunto del tabaco en la consulta. El usuario comenta que ésta es su experiencia y cree que es bastante generalizada la falta de intervención mínima en tabaquismo en Atención Primaria. De hecho afirma que debería ser más habitual la intervención por parte de los profesionales aprovechando cualquier consulta.

Una enfermera del grupo focal asegura que es aún más frecuente la inhibición ante el tabaquismo en Atención Especializada. Relaciona con esta actitud la intervención que podríamos denominar “de cumplimiento” según la cual se pregunta por el hábito, se registra y a lo sumo se resuelve la cuestión con un escueto “No fume”.

Luego es una forma de justificar que has hecho la intervención. Dices ¡Buf! tengo que hacer una intervención en 30 segundos, pues en 30 segundos ¿Qué le vas a decir? "¡Oiga, está fumando! ¿Pero usted sabe lo que tiene... no sé qué?" Ya está. Pues vale, rellenas (GFP 20:533).

No se deduce de sus palabras que esta intervención se pueda calificar de consejo personalizado sino más bien traduce un intento de pasar por encima del problema sin mayor complicación para el profesional. La actitud del profesional derivada de un mayor compromiso con este tema se traducirá en una intervención frente al tabaquismo que vaya más allá del mero cumplimiento.

7.3.2 Consejo persuasivo personalizado

Esta categoría se refiere a la actitud del profesional que, desde su compromiso con la prevención y tratamiento del tabaquismo en su consulta aborda la cuestión y recomienda el abandono del tabaco de forma individualizada al paciente concreto. En la Figura 26 se muestran los principales conceptos que articulan esta idea.



Figura 26. Consejo persuasivo personalizado

Como se aprecia en la figura la idea nuclear es que la actitud del profesional debe ser *aconsejar, no imponer*. Esta es la idea más saturada de información y en la cual hay mayor coincidencia entre profesionales y pacientes en nuestro estudio. No se puede forzar ni prohibir o imponer la decisión de romper con el tabaco. Esta es una decisión, como ya se ha expuesto, que debe nacer de la libertad del fumador. El paciente tiene que ver en el profesional a una persona cercana, que trata de ayudarlo a tomar la decisión que le pertenece solo al propio fumador. No puede traspasar la línea del respeto que supondrían las actitudes anteriormente referidas. Para ello debe moverse en el campo de la información dotando de datos personalizados al paciente que lo puedan convencer. Esta información la debe dosificar en cada consulta para no abrumar al

fumador, ya que este es quien debe ir incorporando esa información en su proceso de maduración.

Por ello el consejo debe plantearse con todo paciente, pero también se debe aconsejar en sucesivas consultas al paciente fumador con habilidad y respeto. La cuestión de la *habilidad del profesional* para que el consejo lo viva el paciente como tal y no como una imposición es importante. Cuando se habla de actitud, mayor importancia que la intervención misma tendrá el modo o estilo de la intervención. Para ello es necesario que el profesional esté formado adecuadamente en competencias de entrevista clínica, dado que en su estilo comunicativo radica tanto el éxito de la intervención como el fortalecimiento de la *relación clínica*.

La *persistencia* del consejo es valorada por varios usuarios fumadores. Además de facilitar la persuasión, el consejo prudentemente repetido de forma breve y personal permite al profesional escuchar del paciente cuál es su *motivación* para el cambio. Si el paciente está en fase contemplativa lo sabrá el profesional cuando sitúe el asunto del tabaco encima de la mesa de la consulta para *informar* y *aconsejar* de forma breve y firme su abandono.

Varios profesionales entrevistados comentan su experiencia a la hora de informar personalmente con intención persuasiva apoyándose en recursos como las tablas de riesgo cardiovascular o comunicando al paciente los resultados de estudios realizados con otros pacientes con sus características que se benefician del abandono del tabaco.

Un aspecto del que hablan sobre todo los profesionales en relación con esta actitud, atenta a la receptividad del paciente es el de *valorar la oportunidad de intervención*. Consideran muy importante tener la suficiente habilidad para proporcionar consejo o información en el momento adecuado y evitarlo cuando no es procedente. Coinciden en que conocer al paciente y sus circunstancias y tener confianza con él es clave para acertar en el momento del consejo

antitabaco. Varios de ellos aprovechan cuando consultan por problemas agudos relacionados con el tabaco, como procesos respiratorios o descompensaciones de problemas crónicos, para recomendar el abandono firmemente y aseguran que esa recomendación en ese momento puede ser muy eficaz. De la misma forma aseguran que hay que ser muy cautelosos abordando el problema del tabaquismo cuando consultan por un motivo en nada relacionado con el mismo porque, de no existir la necesaria confianza, puede sentir que el profesional no ha escuchado su necesidad.

*O sea no voy al médico a decirle: "No, mire, es que me duele mucho la cabeza".
"¿Usted fuma?" Sí. "Pues tiene que dejar de fumar". No, perdone. Usted me cure la cabeza,
luego ya veremos si dejo de fumar (GFU 19:350).*

Por último también coinciden bastantes profesionales en la efectividad del consejo antitabaco. Unos insisten en que es la intervención más coste-efectiva que existe, otros en su probada y publicada eficacia. Varios confirman este conocimiento con su experiencia que califican como sorprendente cuando recuerdan casos de pacientes que han abandonado el tabaco tras un consejo mínimo sin necesidad de intervenciones más intensivas.

El consejo breve, como exponente de este tipo de actitud persuasiva y personalizada se convierte en un ejemplo paradigmático de actitud ética por ser respetuoso con las preferencias y circunstancias del paciente concreto, por su alto coste-efectividad y por su probada legitimidad cuando se proporciona adecuadamente.

7.3.3 Acompañamiento del paciente desde la deliberación.

Muy vinculada a la actitud anterior está la actitud deliberativa. Se refiere este apartado a la información relativa a la actitud del profesional que se sabe compañero de camino del paciente en

la búsqueda de su propia motivación para llegar a la decisión de abandonar el tabaco.

Implica una intervención más intensiva con un paciente concreto y por tanto, va más allá del consejo breve aunque, como el consejo, se trata de una actitud centrada en el paciente, que es quien debe protagonizar el proceso y la decisión. En la figura 27 se pueden apreciar las ideas que estructuran este tipo de actitud .

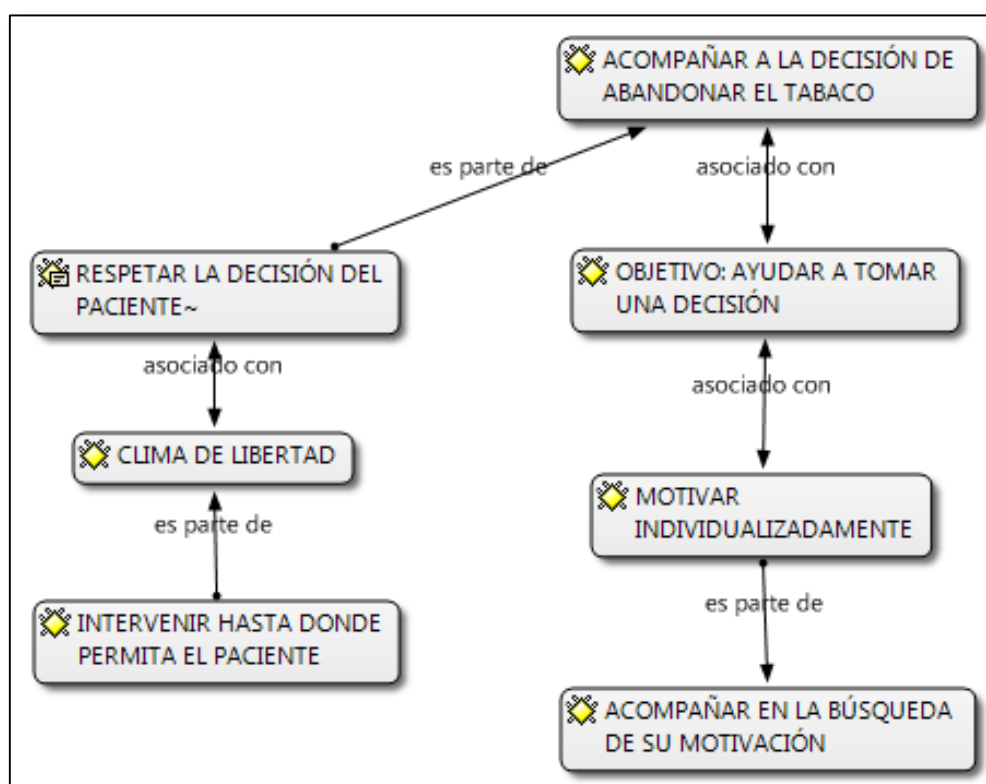


Figura 27. Acompañamiento del paciente desde la deliberación

Como se aprecia en la misma, el profesional, mediante su actitud respetuosa con las decisiones y preferencias del paciente debe crear un clima en el cual el mismo se sienta con libertad para comunicarle sus dificultades y logros en el proceso de avance hacia la decisión de cese. En el marco de esa relación marcada por el respeto y el *clima de libertad*, debe ser proactivo motivando al paciente fumador y facilitando que él mismo busque sus propios motivos por los cuales quiere abandonar el tabaco. Ya se ha mostrado cómo la motivación es clave en este

proceso. Es el paciente quien debe encontrar los propios resortes para activar la decisión firme de abandonar el tabaco. El profesional competente puede ser de gran ayuda en el acompañamiento de este proceso.

Los profesionales, y en menor medida, los usuarios insisten en la idea de que el protagonista de todo el proceso es el paciente que es quien debe tomar la decisión. La actitud del profesional debe, por tanto, *respetar la decisión del paciente* en cada momento. Al igual que sólo pueden *intervenir hasta donde permita el paciente* a la hora de plantearle motivos y razones para intentar ayudarlo a que tome su decisión. Su tarea será, por tanto, la de acompañarlo pero enfatizando su responsabilidad y el carácter personal de la decisión que debe tomar si es que quiere abandonar el tabaco.

El ritmo de avance de este proceso también lo marcará el paciente aunque el profesional puede ayudar a que no se detenga en ese proceso actuando como catalizador del cambio. Pero no debe sentirse frustrado o desesperarse si el paciente no se decide a intentar el abandono del tabaco porque es consciente de que los cambios de conductas adictivas y relacionadas con el estilo de vida son complicados. Debe reforzar positivamente todo avance, sin culpabilizar al paciente si se da cualquier retroceso o recaída, porque entiende que forman parte del proceso.

Pero lo tienes que respetar. Es que es como el que le pones un Lisinopril y no lo quiere tomar y claro, con la tensión con las nubes, pues tendrás que respetarlo también. Y ver qué has hecho tú también que puedas mejorar en el abordaje o qué...qué no haces pero. ¿Te puedes desesperar? Pues sí, todos los días nos desesperamos con todo. Con esto es una cosa más (P8 8:29).

En la importancia del proceso de acompañamiento, desde la deliberación de motivos personales por los que llegar a la decisión de abandonar el tabaco, coinciden numerosos

profesionales entrevistados y varios usuarios, como puede contemplarse en la tabla correspondiente 3.2 del Anexo III. Unos y otros aportan ejemplos concretos de cómo han se ha intentado buscar los motivos en el ahorro económico o en el riesgo para la salud que supone el tabaco. Inciden en esta idea del proceso de *acompañamiento* o ayuda siendo el profesional proactivo motivando y facilitando la búsqueda de la propia motivación al paciente concreto. Es muy importante que este acompañamiento sea individualizado porque los motivos que a cada paciente le van a mover o ayudar a tomar la decisión son personales. Sólo cuando el grado de motivación sea el adecuado se podrá comenzar un proceso de deshabituación intensiva que va a requerir mucho tiempo y esfuerzo, según comentan varios profesionales. No será justo, ni bueno para el profesional, ni para el paciente lanzarse a realizar una deshabituación intensiva sin contar con la motivación adecuada.

Yo creo que el personal sanitario tenemos que estar en la situación de acompañar a esa persona a que encuentre su motivación. Cada persona somos individuales, y el tratamiento a uno no sirve para el otro. Entonces yo creo que eso lo tenemos que saber, entonces es acompañarlo, intentar indagar sin culpabilizar, sin castigar, sin nada a ver qué es lo que a esa persona le podría motivar... es el enchufe para intentarlo (GFP 20:560).

En conclusión, en esta idea radica la clave en lo que se refiere a actitud profesional. Se trata de acompañar al paciente a que encuentre su propia motivación para el abandono, sin que éste se sienta juzgado o culpabilizado, ya que no va a dejarse ayudar si se siente así.

El proceso que mueve a tomar la decisión es personal (autónoma) y el profesional puede y debe acompañar (no abandonar) ese proceso personal pero no imponerlo o expropiarlo (desde la legitimidad de intervención), porque esa va a ser la intervención más coste-efectiva (equitativa).

7.3.4 Actitud paternalista

Esta categoría alude a todas aquellas actitudes del profesional que de una u otra manera no respetan la libre decisión del paciente. La relación clínica paternalista es aquella en la que el profesional es quien sabe lo que se debe hacer y el paciente debe obedecerlo. Por tanto las actitudes del profesional propias de esta relación no responsabilizan al fumador de su propio proceso sino que tratan de forzar el abandono del tabaco sin contar con su criterio.

En la Figura 28 se muestran los conceptos integrados dentro de *Actitud paternalista*.

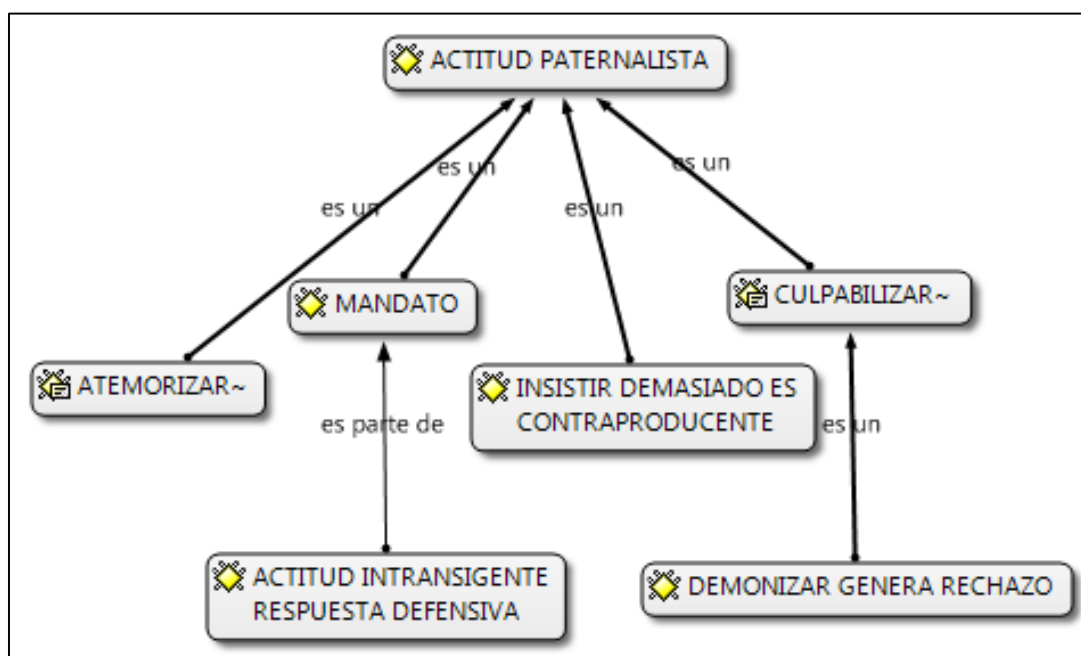


Figura 28. Conceptos propios de la categoría paternalismo directivo.

La idea más repetida y en la que más encuentro hay entre usuarios y profesionales en nuestro estudio es que *insistir demasiado es contraproducente*. Es preciso insistir de forma prudente por parte del profesional en el consejo personalizado, pero sobrepasar un determinado límite de forma injustificada puede ser vivido por el fumador como agresión. La expresión que utilizan varios usuarios en el grupo focal y en las entrevistas es *te machacan* y aunque varios de ellos se

refieren en ocasiones a otras personas, normalmente familiares cercanos que les repiten constantemente que no fumen este término responde a la presente cuestión. Son casos en los que más que insistencia se da intransigencia con el fumador dado que no se muestra comprensión ante la evidente dificultad que este experimenta para controlar su consumo.

Existe coincidencia en la idea de que la excesiva insistencia del profesional puede provocar la respuesta defensiva del fumador que consiste en reforzar su conducta y seguir fumando. Una profesional entrevistada opina que esta actitud errónea está detrás de no pocos abandonos de toda intervención por parte del profesional. Demasiado esfuerzo infructuoso en insistir en el cese sin tener en cuenta la motivación del paciente puede acabar por generar la sensación de que no merece la pena esta intervención y consecuentemente abandonar al fumador a su suerte.

No, y luego el machacar. O sea: "No fumes, no fumes". "Déjame, déjame". Llega un momento en que dices, fumo. ¿Por qué? Pues porque me estás machacando (GFU 19:382).

Otro de los mecanismos que están dentro de este tipo de actitudes es el de *atemorizar* o amenazar al paciente con los posibles enfermedades que pueden aparecer como consecuencia del consumo de tabaco o con la misma muerte. Con menor fundamentación en los datos recogidos en el estudio, esta idea de atemorizar se concibe como un recurso ilegítimo que trata de evitar el proceso personal de motivación ya que el miedo que se persigue generar expropia la capacidad de protagonizar una respuesta por parte del paciente fumador.

Los médicos yo creo que somos demasiado tajantes. No sé, a veces abordamos el tema... "Vas a estar enfermo". "Te vas a morir". No sé, unos planteamientos un poco pobres (P3 3:12).

Muy relacionado con el miedo a la enfermedad está el sentimiento de culpa del fumador por contribuir conscientemente mediante el consumo de tabaco a su génesis. Son profesionales participantes quienes se pronuncian sobre la actitud *culpabilizadora* del paciente. Reconocen que es una tendencia arraigada en nuestro contexto socio-cultural esta de culpabilizar al paciente de su propia enfermedad o hábito. La culpa implica un juicio y una sentencia condenatoria, pero en este caso sin oír siquiera al acusado. Coinciden varios profesionales en que es más cómodo y rápido pasar sobre la cuestión del tabaco culpabilizando o riñendo al paciente que desde una actitud persuasiva y motivadora. Relacionan esta frecuente “demonización” del paciente fumador con la presión asistencial en las consultas, pero también con esta actitud cómoda que traduce baja implicación profesional.

Hombre, yo creo que para intervenir siempre, otra cosa es para penalizar o para, que creo que nuestro mensaje tiene que ser el mensaje de los hábitos saludables. No podemos ser jueces de una persona que decide no tener hábitos saludables (P7 7:12).

Una cuestión relacionada con este sentimiento que explica una profesional es que no siempre la dificultad radica en el modo de plantear el problema del tabaquismo durante la entrevista clínica, sino en que el mero hecho de mencionarlo puede generar sentimientos de culpa en determinados pacientes, los cuales explicarían la reacción defensiva o agresiva que muestran con el profesional en ese momento. Una vez más debe ser el profesional muy prudente a la hora de trabajar ese problema con el paciente esperando el momento en que la respuesta del mismo le permita acceder a tratarlo. Esta anotación ilustra de nuevo que la actitud del profesional debe estar marcada por la decisión y las circunstancias del paciente y no al contrario, como sucede en una relación paternalista.

Conviene dedicar unas líneas a resumir la información que se ha detallado en el presente apartado. Las cuatro categorías en que se ha clasificado la información proporcionada por los participantes en relación con la actitud del profesional de AP ante el paciente fumador en su consulta no merecen la misma calificación desde el punto de vista ético según los resultados obtenidos. La inhibición o neutralidad del profesional traduce un abandono del paciente inadmisibles con arreglo a criterios deontológicos, éticos e incluso legales. Los datos procedentes de los participantes apuntan que el profesional de AP debe ser activo en su intervención para tratar de facilitar al fumador la decisión de abandonar el tabaco en algún momento. Tampoco las actitudes paternalistas o excesivamente directivas son éticamente admisibles, de acuerdo con los resultados de este estudio, salvo en casos excepcionales. Tratar de imponer la decisión, prohibir su consumo o forzar la misma, mediante el miedo o la culpabilización del paciente traduce una ausencia de comprensión de la naturaleza adictiva del tabaquismo pero además traspasa la barrera del respeto a la libertad personal de la que debe nacer la decisión de cese. Sólo el consejo sistemático persuasivo y personalizado y el acompañamiento de la búsqueda de motivos personales hacia la decisión personal de abandonar el tabaco encajan en una actitud de alta cualificación ética. Ésta va a armonizar el respeto a las preferencias del paciente, lo cual legitima la actuación responsable del profesional en su favor que además va a resultar más equitativa por adecuar tiempo y recursos a su nivel de motivación.

7.4. Cuestiones éticas en relación con la justicia en la gestión de los recursos

Se tratan bajo este epígrafe las cuestiones relativas a la gestión de los recursos con criterios de justicia para la intervención frente al tabaquismo por parte del profesional de Atención Primaria.

La pregunta a la que este apartado responde es si merece la pena, si resulta rentable en términos de gestión la intervención del profesional en su consulta sobre el hábito tabáquico del paciente.

Si hasta ahora se han abordado cuestiones relativas a la libertad y autonomía del paciente fumador y la responsabilidad del profesional en relación con la intervención, en esta parte se trata de detallar los resultados de la presente investigación en relación con la gestión de los recursos de los que el médico de familia dispone para realizar una intervención eficiente con el objetivo de ayudar a sus pacientes a romper con el tabaco.

Las categoría nuclear en este apartado será la de la intervención adecuada a la motivación del paciente para dejar de fumar. Se explorará la idea de la *motivación* para el cambio como una de las cuestiones medulares que articulan el resto de las categorías resultantes de esta tesis doctoral. Como se detalla más adelante esta idea guarda relación con la gestión de un recurso tan fundamental como es el del tiempo en su consulta. Conceptos como el coste-efectividad de la actividad preventiva en AP relacionada con el tabaco, serán analizados desde el discurso de los participantes.

Por último, se analizarán dos ideas relacionadas con la justicia en la gestión de los recursos que han emergido en el discurso de los profesionales y pacientes; el papel del Estado en relación con la regulación del tabaco y con la financiación de los tratamientos para la deshabituación.

7.4.1. Intervención adecuada a la motivación del fumador para el cese.

El profesional debe modular su intervención de acuerdo con la decisión del paciente fumador que se traduce en su motivación real para abandonar el tabaco en un plazo breve. Esta idea adquiere un carácter nuclear en el presente trabajo puesto que vertebra y articula categorías

principales que se han ido detallando en el presente informe como más adelante se explicará. La adecuación de la intervención del profesional de acuerdo con la motivación es una cuestión de justicia, de gestión responsable de los recursos. Si no tiene esto en cuenta el profesional puede caer en el error de destinar tiempo y esfuerzo a quien no tiene motivación para abandonar realmente y a corto plazo el tabaco restándoselo a otros pacientes que los necesitan.

En la Figura 29 se articula esta idea en relación con conceptos a través de los cuales se conecta con otras categorías debido a su importancia en el mapa de significados resultante de la investigación.

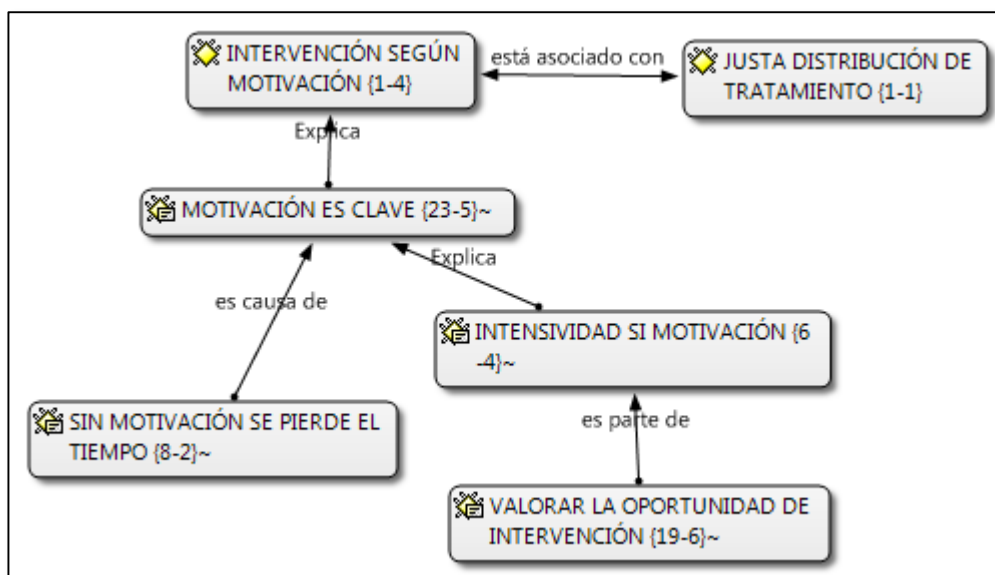


Figura 29. Intervención adecuada a la motivación para el abandono del tabaco.

Así es como lo ven los profesionales y pacientes que han participado en este estudio, la motivación es imprescindible. Numerosas citas se pueden encontrar en la tabla 4.1 del anexo, que evidencian esta idea nuclear. Los profesionales, desde su experiencia, reconocen en las entrevistas y en el grupo focal que sin la adecuada motivación dedicar tiempo, más allá del consejo mínimo, y tratamientos de todo tipo resulta ineficaz. En numerosas ocasiones aparece la expresión “la clave es la motivación” en los datos obtenidos.

Es que el problema, es que muchísimos pacientes y yo creo que como en un 80% lo que te influye es tu motivación y que tú quieras dejar de fumar, hay muchísimos pacientes que han probado, pues yo tengo pacientes con M., que han probado el Bupropion de todas las marcas, el que entra en la seguridad social, el que no, los parches, no sé qué, y han vuelto a fumar. Y a lo mejor llega un momento que dicen "Quiero dejar de fumar", y lo dejan sin nada. Y es la vez que más han aguantado (GFP 20:622).

Esta es una de las ideas que más se repiten a lo largo de las entrevistas y grupos focales con profesionales y usuarios. El grado de coincidencia en que la motivación del fumador para la deshabituación es lo que debe centrar los esfuerzos y recursos por parte del profesional es alto. Obviar la cuestión de la motivación conduce, por tanto a malgastar todo tipo de recursos y esfuerzos. Si la decisión de abandonar el tabaco no es autónoma por parte del paciente, sino que es el médico quien fija la fecha, la recaída no tarda en llegar según aseguran muchos de los profesionales del estudio. Varios profesionales concretan este planteamiento hablando de intervenciones intensivas para referirse a aquella que se requiere en el proceso de deshabituación una vez que llega la fecha de la abstinencia acordada. Se aseguran de que el paciente está verdaderamente motivado antes de empezar una intervención de este tipo.

Se atisba así que la actitud paternalista del profesional que decide por el paciente además de inaceptable *per se*, es ineficiente.

7.4.2. Cuestiones en relación con la rentabilidad de la prevención

Varios profesionales aluden a la *presión asistencial* y a la excesiva burocratización de la actividad de médicos y enfermeras como causas que dificultan la dedicación del necesario tiempo al paciente. Se comenta que en AP se podría abordar más y mejor el tratamiento del tabaquismo

pero la presión asistencial condiciona que actividades preventivas de primer orden como esa se queden fuera del día a día.

Tal vez, como plantea uno de los profesionales, el problema no sea tanto la falta de tiempo como el desajuste entre el tiempo y recursos disponibles y la cantidad de servicios o programas que se desarrollan. En AP, tanto en consultas de medicina como de enfermería se llevan a cabo muchos programas, tanto de prevención, como de seguimiento y tratamiento. Es este un problema de distribución de recursos, de gestión. El programa de tabaquismo forma parte de la cartera de servicios de AP. Para desarrollarlo adecuadamente se requiere también una adecuada gestión de los recursos por parte de los gestores y de los profesionales en la consulta.

El día que te coge una consulta que tú estás fino de... tienes menos presión porque el tipo de pacientes que han llegado son más accesibles, trabajas mejor y entonces puedes afrontar este tipo de intervenciones mucho mejor. Claro, eso sería si tuviésemos menos... menos presión (GFP 20:517).

7.4.3 Cuestiones relativas al papel del Estado.

Desde el comienzo de la investigación las cuestiones relativas al papel o la función del Estado o la Administración han emergido de forma permanente a lo largo de las entrevistas y grupos de discusión. Se detallan en este apartado los resultados que tienen que ver con cuestiones éticas sobre las cuales el profesional de Atención Primaria no es directamente responsable, pero sí van a influir notablemente en su intervención frente al tabaquismo en su consulta. El papel regulador de la administración competente sobre la venta, distribución y consumo del tabaco así como su responsabilidad en la prevención y tratamiento del tabaquismo será el denominador común de los conceptos que se recogen a continuación.

7.4.3.1 Financiación de tratamientos para la deshabituación del tabaco

Esta es una de las categorías emergentes desde las primeras entrevistas realizadas. Tanto los profesionales como los usuarios consideran que la cuestión de la financiación pública de los tratamientos para la deshabituación tabáquica tiene implicaciones éticas. Se trata de un problema en relación con la justicia distributiva, dado que es la propia sociedad la que solidariamente contribuye, vía impuestos, a la financiación de los medicamentos.

Es este un fenómeno sujeto a controversia, como se puede observar en los datos recogidos en la tabla 4.3 del anexo III. Profesionales y usuarios se han posicionado a favor y en contra de la financiación completa o parcial de este tipo de tratamientos. Resulta interesante constatar que las dimensiones de esta categoría se expresan en la coincidencia en los principales argumentos entre los distintos participantes.

Se analizarán en primer lugar los planteamientos que sustentan la oposición a la financiación de los tratamientos. El principal tiene que ver con la motivación. Nuevamente aparece esta idea en el presente capítulo. Se considera que el coste personal de los tratamientos supone un incentivo motivador para el fumador en proceso de deshabituación. No resulta difícil evidenciar que ese gasto muy pronto se verá amortizado por el ahorro en el consumo de tabaco tras el cese. Por tanto, financiar estos tratamientos puede restar motivación al fumador para seguir adelante con su proceso de abandono del tabaco.

Es que pagando por un paquete de tabaco 4,50 € pronto lo amortizarías. No creo que eso sea.. (U2 14:22).

Otro argumento que se repite es que facilitando el acceso a los tratamientos se medicaliza un problema cuya superación se ancla, como se ha visto, en la motivación personal para el cambio, y

no en el tratamiento farmacológico. En esto hay acuerdo en los grupos de discusión.

Lo que ha hablado P6 es que ella no ve tanto el conflicto moral en lo que estábamos hablando antes de financiarlo o no, sino en el que como el 80% es la motivación, para qué vas a financiar algo si a lo mejor lo financias y luego realmente lo deja por la motivación y no por la medicación (GFP 20:628).

Por otro lado la razón principal por las que profesionales y usuarios creen que los tratamientos deberían financiarse es que esta medida resulta rentable para la administración y la sociedad dado que facilitando la deshabituación reducen el gasto sanitario y no sanitario derivado del tabaquismo. Se considera necesario facilitar el acceso a quienes no pueden costearse estos tratamientos y ven así dificultado el proceso de abandono del tabaco. Por otro lado, se considera de justicia financiar estos tratamientos dado que otras adicciones y enfermedades vinculadas con el estilo de vida como el tabaquismo sí disponen de tratamientos incluidos en el catálogo de fármacos financiados por la Seguridad Social.

El principal problema ético que se me plantea en la deshabituación tabáquica es pacientes que no tienen recursos económicos para comprarse el tratamiento farmacológico y yo no dispongo de medios para facilitárselos (P5 5:39).

7.4.3.2 El papel regulador y educador del Estado frente al tabaco

Una de las ideas más fundamentada en los datos resultantes de la investigación en relación con el papel o la función del Estado es la de la *educación para la prevención*. Se considera por los participantes que el Estado o, en su lugar, las administraciones competentes en materia de sanidad tienen una responsabilidad educativa con la sociedad de cara a la prevención del

tabaquismo. Para ello se desarrollan todo tipo de medidas con el objetivo de prevenir, disuadir o convencer a la población de los riesgos que entraña el tabaco para la salud.

Coinciden los profesionales y pacientes de nuestro estudio en la importancia de potenciar esta tarea que se está llevando a cabo en el ámbito educativo formal pero también con la sociedad en general, mediante campañas publicitarias y otro tipo de estrategias. Se destaca que esta sensibilización frente al tabaco es rentable y eficiente puesto que permite ahorrar en costes sanitarios y no sanitarios en la medida en que reduce morbilidad y mortalidad. Es necesario destacar que dos de los profesionales se muestran muy críticos con las disposiciones legales que tienden a prohibir o limitar el consumo de tabaco en determinados ámbitos sin acompañar esta regulación de medidas con finalidad educativa o formativa, que según su opinión, da mayores resultados a largo plazo.

Sobre la función reguladora, a través de la legislación de todo lo relacionado con la venta, distribución y consumo en espacios públicos del tabaco se pronuncian con distintos acentos los profesionales y usuarios participantes. Los primeros consideran que la realidad del tabaquismo en nuestro contexto ha cambiado como resultado de la entrada en vigor de las sucesivas leyes reguladoras de distintos aspectos en relación con el tabaco. Éstas han contribuido a reducir drásticamente la cifra de fumadores y los espacios en los que pueden fumar, con lo que la cultura de normalización de tabaco va dando lugar a una cultura sin humo. El potencial que este hecho tiene para provocar el cambio en los fumadores y prevenir el inicio del hábito en los jóvenes es muy importante.

Que poco a poco yo creo que ha ido haciendo mella todo lo de la... lo de la ley antitabaco y tal, yo como fumadora la considero que se fuma menos. Considero que tengo

amigos que por ese, por esa causa muchísimos amigos han dejado de consumir tabaco, muchísimos, mucha gente de mi alrededor, gente de la profesión (GFP 20:401).

Por su parte, varios de los usuarios participantes en el grupo focal, principalmente, consideran hipócrita la actitud del Estado con relación a la regulación del tabaco. Consideran que siendo el cigarrillo una sustancia adictiva y perniciosa para la salud, como queda claro en las campañas informativas que se promueven lo lógico sería prohibir su venta y distribución como se hace con otras drogas. Los beneficios derivados de los impuestos especiales con los que se grava el tabaco les hacen pensar que pueda existir interés en que se siga consumiendo por parte del Estado. Les indigna que no se muestre mayor esfuerzo institucional facilitando y financiando tratamientos y métodos eficaces en el proceso de deshabituación del tabaco. De alguna manera se sienten engañados por la industria tabaquera que los introdujo en el tabaquismo muy jóvenes y abandonados por el Estado, ahora que los presiona para que dejen de fumar pero no los apoya en ese proceso.

Es que por un lado nos exigen que dejemos de fumar. De alguna forma nos exigen que dejemos de fumar y por otro lado nos ponen unos medicamentos carísimos. Dices, a ver ¿Cómo hacemos esto?. ¿Esto funciona? Sí. Pues vamos a subvencionarlo (GFU 19:427).

Por último es necesario contrastar la diferencia entre el papel que juega el Estado como organismo regulador de todo lo relativo a distribución y consumo de tabaco y el del profesional como acompañante del paciente concreto en su proceso de motivación y deshabituación del tabaco.

Los resultados que la administración estatal ha conseguido con la sola aprobación de una ley no son comparables a los que puede conseguir un profesional. El presente estudio se centra en las

cuestiones éticas a las que se enfrenta el profesional en la consulta ante el paciente fumador. Sin embargo es innegable, y, tal vez, por esa razón emerge esta categoría, que el contexto social, político y cultural que marca el Estado con sus disposiciones legales afecta también al microcosmos de la consulta en la que el paciente y el profesional se encuentran. De ese modo determina los problemas que pueden surgir en esta relación clínica a la hora de plantear una intervención con el objetivo último de la deshabituación del tabaco.

7.5 Resumen y conclusiones del capítulo

Este amplio capítulo en el cual se han expuesto los resultados de la investigación requiere un último apartado que recoja de forma resumida las conclusiones del mismo.

La información proporcionada por los participantes en este estudio ha sido sometida a un proceso de análisis cualitativo, relatado en el capítulo anterior, en el cual la triangulación entre las técnicas, los participantes y el propio investigador ha sido determinante. Como resultado de este proceso se pueden destacar una serie de resultados derivados de este trabajo.

En primer lugar los participantes coinciden en que la intervención del profesional de Atención Primaria frente al tabaquismo es una cuestión, no sólo de legitimidad, sino de responsabilidad profesional. El análisis de esta categoría permite centrar como idea nuclear de la misma el concepto de responsabilidad del profesional. Intensamente vinculados con la responsabilidad se encuentran los conceptos de compromiso y formación del profesional para la adecuada atención al paciente fumador. La tercera dimensión de esta categoría es la confianza que enmarca la relación clínica, fuente de legitimidad para la intervención.

Las ideas repetidas en relación con la categoría de la responsabilidad de los profesionales de enfermería coinciden con las hasta ahora apuntadas; el compromiso profesional, la formación y la confianza que el paciente deposita en ellos.

Una de las categorías emergentes es la de la ejemplaridad del profesional en sus hábitos respecto al tabaco. El resultado del análisis de los datos de esta investigación apunta que el profesional fumador debería evitar proyectar esta imagen, dado que los pacientes le asignan a los profesionales sanitarios un rol modélico en cuanto a sus hábitos de vida. Repetidas citas procedentes de los datos de esta investigación muestran que la eficacia de los consejos del médico fumador queda comprometida cuando se evidencia que no predica con el ejemplo.

Los resultados del presente trabajo indican que la decisión de comenzar a fumar está determinada por la inconsciencia con la que se inicia el joven en el tabaco e influida por condicionantes tales como la presión de grupo, el ambiente social o la publicidad. En cuanto a los resultados relativos a dependencia de la nicotina, la experiencia de los participantes se centra en el concepto de pérdida de capacidad de la persona para tomar las riendas de su propio consumo. La tercera categoría de este apartado relativo a la autonomía del fumador es la decisión personal del abandono del tabaco, dentro de la cual ocupa un lugar medular la motivación y los motivos activadores de la misma.

La actitud del profesional ante el paciente fumador es una de las categorías nucleares en este trabajo, dado que está vinculada con dimensiones propias de la responsabilidad, la autonomía del paciente fumador y la gestión equitativa de los recursos para ayudarlo en el cese. El consejo persuasivo traduce una actitud que recibe por parte de los profesionales y pacientes del estudio un alto calificativo ético, por ser respetuoso con las preferencias del paciente, altamente coste-efectivo y además legítimo en el marco de la consulta del profesional. El acompañamiento desde la deliberación hacia la motivación del paciente para el cambio sin juzgarlo o culpabilizarlo es, según los resultados del estudio, la actitud más próxima a la excelencia ética.

Se identifican también dentro de esta categoría actitudes como la inhibición ante el tabaquismo que a menudo se traducen en distintas estrategias de cumplimiento para evitar el abordaje firme del tabaco demasiado frecuentes aún en las consultas. No es aceptable, de acuerdo con los resultados del estudio tampoco la excesiva presión o falta de respeto de la libertad del fumador, que traducen ciertas actitudes paternalistas que también son clasificadas dentro de esta categoría.

La idea conceptualizada como adecuar la intervención a la motivación del paciente ocupa el centro de la categoría sobre cuestiones éticas relativas a la equidad. La gestión del tiempo y de sus propios esfuerzos, además de otros recursos, con criterios de justicia distributiva obliga a modular la intervención del profesional en función de la motivación del paciente para el abandono del tabaco. Muy relacionada con esta idea resulta la de la rentabilidad de la prevención.

La última de las cuestiones relativas a la equidad que emerge como resultado en este estudio tiene que ver con el papel del Estado. El marco regulador que establece la autoridad competente en aspectos como la educación para la prevención o la financiación de tratamientos para la deshabituación tabáquica ha sido citado con frecuencia por los participantes por la repercusión desde el punto de vista ético que estas cuestiones tienen en la consulta.



DISCUSIÓN

Capítulo 8. Discusión

Introducción al capítulo

Tras haber detallado los resultados, se dedica este capítulo a la discusión de los mismos teniendo en cuenta sus aportaciones en el contexto del campo clínico de la atención al paciente fumador. Se va a centrar la misma en los aspectos nucleares de los resultados en relación con los objetivos de la investigación con los cuales se introduce la discusión

Como se puede comprobar en los resultados expuestos, se ha realizado una cierta interpretación por parte del investigador, lo cual es ineludible en la investigación cualitativa. Se ha optado por mantener separados los capítulos de resultados y discusión para tratar de elevar el nivel interpretativo, mediante el diálogo teórico de los resultados con el marco teórico deductivo de partida.

8.1 Comentario general sobre los resultados de este estudio a la luz de los objetivos del mismo

El objetivo general de esta investigación era explorar la opinión y experiencia de los profesionales y pacientes, con respecto a las cuestiones éticas que se plantean en la consulta del tabaquismo en Atención Primaria, de cara a potenciar la formación de los primeros en este ámbito.

La implementación del diseño ha respondido a este objetivo, dado que los datos que sustentan los resultados parten de la opinión y la experiencia de profesionales y pacientes de Atención Primaria recogidos mediante técnicas adecuadas para ello.

El escenario en el que se ha realizado la investigación y el ámbito en el que se ha centrado la recogida de datos y su análisis es el de la Atención Primaria.

Las cuestiones éticas que se plantean en la atención al tabaquismo en el marco concreto de las consultas de Atención Primaria constituyen el núcleo de los resultados del presente estudio, como se puede apreciar en el capítulo anterior.

En éste se tratará de contrastar los resultados con la evidencia existente en este campo del conocimiento para formular finalmente aquellas cuestiones que, por su importancia en la práctica, deberían formar parte de los programas de formación en tabaquismo para médicos y enfermeras de Atención Primaria. De esta manera se da respuesta también a los objetivos específicos del estudio.

8.2 La atención al tabaquismo, una cuestión de responsabilidad profesional.

La legitimidad de la intervención frente al tabaquismo del médico de familia es una idea destacada entre los profesionales y pacientes en este estudio. Este resultado es consistente con la evidencia científica disponible. La fundamentación de la intervención mínima en tabaquismo es muy sólida. El espléndido trabajo de Córdoba y Altisent (2004) recuerda que la morbilidad derivada del tabaquismo, unida al coste-efectividad de la intervención del profesional proporcionan una más que justificada inclusión de la misma en la práctica diaria del clínico.

En este estudio el concepto de legitimidad deja paso al de responsabilidad sobre el cual se articulan las demás ideas dentro de esta categoría. Las recomendaciones que periódicamente se

recogen en el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) en nuestro país sobre intervención en tabaquismo permiten concretar la responsabilidad del profesional frente al paciente fumador en Atención Primaria (Rodrigo Córdoba et al., 2012). Se trata de un programa, el del tabaco, incluido como paquete mínimo dentro del “subprograma de las actividades preventivas del adulto” del citado PAPPS (Martín Zurro et al., 2014, p. 395).

También los resultados de esta investigación vinculan la intervención frente al tabaquismo del médico de Atención Primaria con su responsabilidad sobre la prevención y promoción de la salud. Algunos participantes entrevistados afirman que si el médico de familia abandona este tipo de actividades deja de ser médico de familia. Se podría concluir, coincidiendo con los citados autores, que la intervención frente al tabaquismo del profesional de Atención Primaria es una actividad preventiva sólidamente fundamentada que debe ser considerada entre las tareas básicas de la práctica clínica diaria.

Otra de las ideas que emergen de los datos relacionadas con la legitimidad y la responsabilidad del profesional ante el paciente fumador es la de la confianza como vínculo especial que facilita la relación clínica. La confianza es invocada por los participantes como fuente de legitimidad para la intervención sobre un hábito personal del paciente. La especial confianza que encuentra el paciente fumador con su médico de cabecera posibilita el tratamiento del tabaquismo con mayor naturalidad, y por tanto con más posibilidades para persuadirlo o motivarlo para el cambio.

Por otro lado, los pacientes entrevistados recuerdan que el tacto y la habilidad del profesional para colocar la cuestión del cese del tabaco en la mesa de la consulta determina la legitimidad de este abordaje. Coincide su apreciación con autores como Losilla y Altisent (2010) que enfatizan el valor de la entrevista clínica como competencia que el profesional debe dominar, para moverse

con respeto y eficacia entre los difusos límites de la presión excesiva y el abandono del paciente en este campo de la prevención. Si existe confianza entre el médico y el paciente, dicen los resultados de esta tesis, se amplían estos límites que delimitan el campo de juego en el que se debe dar la intervención. Vienen a coincidir en este punto con Borrell y Bosch (2014, p. 48) que afirman que “la confianza es el capital máspreciado del clínico, y se logra con un clima cordial, competencia técnica, empatía, haciendo visibles los valores éticos y previsibles las conductas”. Se podría decir que la ética, como afirman varios pacientes participantes, pone su acento no sólo en el *qué* de la intervención sino en el *cómo* de manera que la habilidad que muestra el clínico competente potencia la efectividad de sus consejos a la vez que fortalece la confianza con el paciente.

8.2.1 La atención al paciente fumador por parte del profesional de enfermería.

La mayor confianza que encuentran, a menudo, los pacientes con su enfermera, es una de las razones que sitúa a estas y estos profesionales en una posición privilegiada para abordar el problema del hábito tabáquico con sus pacientes. Por este motivo se ha juzgado necesario introducir en el diseño, desarrollo y análisis de este trabajo la responsabilidad de los profesionales de enfermería en este ámbito.

Los resultados apuntan, como se ha mostrado en el anterior capítulo, que la enfermera es idónea para atender al fumador abordando adecuadamente el tratamiento del tabaquismo cuando está formada para ello. Los datos analizados coinciden así con la evidencia disponible según recientes revisiones como la ya citada de Rice y sus colaboradores (2013).

El profesional de enfermería aborda mejor los estilos de vida del paciente, tiene más tiempo para ello y el paciente acepta mejor sus consejos. Son algunas de las razones que esgrimen

profesionales y pacientes en este estudio para enfatizar la responsabilidad del profesional de enfermería ante el paciente fumador. La literatura disponible concluye que, tal vez por estos motivos, estos profesionales están llamados a incorporar el consejo y la intervención anti tabaco en su práctica diaria (Farrell & Keeping-Burke, 2014).

Sin embargo a la vista de los resultados obtenidos, la potencialidad de enfermería en el manejo del tabaquismo contrasta con la realidad en la cual hay un alto grado de acuerdo entre profesionales en que pocas enfermeras se involucran verdaderamente en esta tarea. Parece que echan en falta la formación adecuada para realizar esta intervención competentemente. Coinciden así con autores como Barr et al.(2013) que concluyen que la falta de entrenamiento y formación es la primera *barrera* para la intervención en tabaquismo que plantean las enfermeras.

Potenciar la formación en tabaquismo se ha planteado como uno de los objetivos específicos de este estudio. La evidencia publicada y la información resultante de esta investigación coinciden en señalar la carencia formativa como uno de los problemas con los que el profesional se enfrenta al plantearse la atención al paciente fumador. De los resultados obtenidos se deduce que la formación, muy unida a la motivación y al compromiso del profesional se localiza en la médula de la atención de calidad al fumador. Todo ello justifica la discusión de esta cuestión en un apartado propio que se abordará a continuación.

8.2.2 La formación y el compromiso profesional son claves para la atención de calidad al paciente fumador.

El compromiso del profesional tiene una importancia capital en el campo de la ética clínica. El dominio de los aspectos técnicos es necesario para la atención clínica competente, pero no suficiente, como expresan los resultados de este trabajo. Es precisa la implicación del profesional,

su compromiso sin reservas, habida cuenta del esfuerzo necesario para abordar adecuadamente el tabaquismo y la falta de resultados a corto plazo. Sin compromiso personal la intervención no pasará del mero cumplimiento de unas normas técnicas mínimas en función de las cuales va a ser evaluada la actividad del profesional. Los pacientes entrevistados valoran mucho la encomiable dedicación del médico para ayudar a dejar de fumar a sus pacientes. Alguno de ellos aprecia en la persistencia infatigable de los consejos de su médico una verdadera vocación, que valora con asombro y agradecimiento. De ese tipo de actitud puede llegar a brotar fuerza motivadora para el cambio, no así de la actuación burocrática con ánimo de cumplimiento de una tarea más.

En este punto es necesario recoger la valiosa reflexión sobre la aportación que supone la ética a la esencia de toda profesión que proporciona Adela Cortina (2013). Esta autora afirma que la profesión requiere una cierta vocación, lo cual implica que el profesional cuente con aptitudes e interés por los fines intrínsecos de la actividad que desarrolla. El profesional se compromete con estos fines en el momento en que comienza a ejercer y de ese compromiso parte su legitimidad social como médico o enfermera. El buen profesional no puede ser un mero técnico, sino que, lejos de conformarse con la mediocridad, aspira a la excelencia, porque su compromiso de servicio a sus pacientes da sentido a su profesión.

Diego Gracia (2004) considera también que no se puede renunciar a la excelencia profesional en la construcción del nuevo paradigma llamado a ser respuesta actual tras la crisis del modelo profesional clásico vigente durante siglos.

La motivación del profesional juega un papel determinante en la intervención frente al tabaquismo, una actividad que algún médico participante califica de ingrata, por la escasez de

resultados visibles a corto plazo. Esta motivación surge del compromiso del que se viene hablando y requiere ser alimentada también por la formación.

Simó y Chinchilla (2001, p. 484) en una serie de artículos sobre motivación y médicos de familia distinguen entre “motivos extrínsecos, intrínsecos y trascendentes” que son aquellos que responden a “necesidades materiales, psicológicas y afectivas”, respectivamente. La formación más necesaria es aquella que favorece la motivación intrínseca, la que mueve al profesional a atender al paciente fumador con el fin último de ayudarlo a tomar la importante decisión de romper con el tabaco.

Entre los resultados obtenidos destaca la importancia de la formación para la adecuada intervención en tabaquismo teniendo también en cuenta los aspectos éticos que ésta comprende. La falta de formación adecuada en pregrado es enunciada por Chatkin (2009) como una de las causas que explican el déficit de compromiso profesional en este campo asistencial con la consiguiente pérdida de oportunidades en la lucha contra el tabaquismo. En nuestro medio se debe destacar la investigación de Isabel Nerín y sus colaboradoras en la que concluyen que la formación que reciben los estudiantes de las facultades de Medicina sobre tabaquismo es claramente insuficiente. Esta se basa en los conocimientos sobre la patología derivada de su consumo y no afecta a la actitud personal de los estudiantes respecto al tabaco (I. Nerín et al., 2004). Es posible que el error de partida sea la formación simplemente centrada en el mundo de los hechos científicos olvidando el de los valores y los deberes, como afirma Diego Gracia, cuando la clave del tabaquismo y otras adicciones radica en “educar en la responsabilidad” (Gracia, 2004, p. 346)

Los mismos profesionales demandan mayor formación y entrenamiento en la etapa de pregrado según Djalalinia et al.(2011), tal como lo hacen los participantes en la presente

investigación. Aspectos recogidos entre los resultados de la misma, tales como la posible vulneración de la relación clínica o el excesivo tiempo necesario para la intervención, son invocados en otros casos como barreras para la adecuada atención al paciente fumador (Vogt et al., 2005). La experiencia expresada en esta investigación por los médicos más jóvenes permite deducir que la formación que reciben en actividades preventivas durante el postgrado como médicos de familia se basa en cubrir aspectos técnicos de forma oportunista sin tener en cuenta la relación clínica, coincidiendo con los resultados del estudio de Vogt et al.

Esta llamada de atención para mejorar la formación y el compromiso frente al tabaquismo, con especial referencia a la ética, afecta tanto a los profesionales de medicina como a los de enfermería. El tabaquismo es un problema de salud transversal desde el punto de vista del ámbito clínico, por lo que no se encuentra ningún motivo para no extender esta fundamentada recomendación a otros niveles y ámbitos asistenciales.

En resumen, los resultados de esta tesis doctoral coinciden con numerosos autores en la necesidad de una mayor y mejor formación en tabaquismo, durante la etapa de pregrado y después de la misma, que alimente la motivación y el compromiso profesional. Las herramientas y estrategias docentes que se diseñen para cubrir este objetivo deberían incluir las cuestiones esenciales resultantes de esta investigación.

8.2.3 La función modélica del profesional sanitario en relación con el tabaco.

¿Hay relación entre la actitud del médico o la enfermera con respecto al tabaquismo de sus pacientes y sus propios hábitos? No se puede responder a esa pregunta con los resultados de este estudio porque no se ha diseñado para ello. La literatura disponible apunta que los médicos

fumadores tienden a aconsejar menos (Duaso et al., 2014) aunque pueden ser tan eficaces, cuando lo hacen, como los demás (Rodrigo Córdoba & Altisent, 2004)

La pregunta a la que apunta es si la responsabilidad profesional frente al tabaquismo abarca también su propio hábito. Como se ha recordado la OMS considera que el personal docente y sanitario tiene una función ejemplar. La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y otras organizaciones profesionales de sanitarios desde hace años tratan de que los médicos y enfermeras lideren, también con su ejemplo, la lucha contra la epidemia del tabaquismo (Isabel Nerín & Córdoba, 1999).

Los resultados obtenidos en este trabajo y detallados en el anterior capítulo respecto a esta categoría permiten hablar de un cierto deber de ejemplaridad de los profesionales sanitarios. No se justifica, a la vista de los mismos, su inclusión en el código deontológico o de ética profesional al mismo nivel que otros deberes. Sin embargo hay coincidencia en que la sociedad en general y los pacientes en particular esperan de sus profesionales sanitarios el cuidado de una cierta imagen saludable, de manera que sus consejos para la promoción de la salud se vean reforzados por la misma. Resulta una evidencia difícilmente contestable que los estigmas que delatan al médico fumador, por no hablar del profesional sorprendido en la puerta del centro sanitario con el cigarrillo, no ayudan al paciente a decidirse por vivir libre del humo. La prueba es que varios profesionales fumadores participantes en esta investigación experimentan un conflicto moral, cuando su conducta es contemplada por sus pacientes también fuera del entorno de trabajo.

Muy distinta es la vivencia del profesional ex fumador, que tras superar años de dependencia nicotínica, comprende la dificultad del camino que debe emprender el paciente fumador al que estimula con sus consejos reforzados por el ejemplo.

8.3 La actitud del profesional ante el paciente fumador

La actitud concreta que el profesional muestra ante el tabaquismo en su consulta guarda estrecha relación con su compromiso profesional. Este es uno de los resultados derivados del análisis realizado que se encuentra apoyado por la observación de la realidad de la práctica clínica y resulta consistente con la evidencia disponible:

“El consumo de tabaco presenta una rara confluencia de circunstancias: es una significativa y alta amenaza para la salud, hay una escasa motivación entre el personal sanitario para intervenir consecuentemente y sin embargo disponemos de intervenciones efectivas. Realmente es difícil identificar ningún otro condicionante de la salud que presente esta mezcla de letalidad, prevalencia y desatención” (Camarelles et al., 2013, p. 272.e1)

La atención de calidad al paciente fumador es también una cuestión de actitud. La prueba está en que con la misma carga asistencial y circunstancias similares hay profesionales que abordan competentemente esta tarea y otros que ni lo plantean en sus consultas.

La ausencia total de compromiso del profesional en este ámbito normalmente se va a traducir en actitudes de inhibición o desatención, como afirma el documento citado. Distintos profesionales y pacientes participantes en este estudio opinan que es común, según su propia experiencia, encontrarse con médicos y enfermeras que no tocan el problema del tabaco en sus consultas. Algunos, en todo caso, zanján la cuestión con un escudo “No fume” que, como afirman Córdoba y Altisent (Rodrigo Córdoba & Altisent, 2004) no alcanza la categoría de intervención breve. La impersonalidad de este tipo de mensajes y su falta de intención persuasiva permite situarlo en el campo de la cómoda neutralidad más que en el del consejo motivador.

Es posible que la falta total de intervención sea aún más frecuente en Atención Especializada, como afirma alguna enfermera, lo cual hace pensar que muchos fumadores no escuchan durante años un consejo antitabaco en sus centros sanitarios.

No cabe justificación ética para mantener esta actitud respecto del tabaquismo habida cuenta de los daños que produce sobre la salud y de la efectividad de los tratamientos disponibles. De la misma forma tampoco alcanzan legitimidad ética, a juzgar por los resultados obtenidos, las actitudes que se han categorizado dentro de amplia esfera de la imposición paternalista.

El denominador común de todas las versiones que se califican como paternalistas es la falta de respeto hacia el carácter personal de la decisión de abandonar el tabaco, que sólo le corresponde al fumador. Se han clasificado con este concepto porque, aunque utilizan distintos recursos todas estas actitudes traducen la asunción de que el paciente es un menor de edad que debe obedecer al profesional que es quien sabe lo que le conviene a su salud. En todas ellas de una u otra manera se trata de buscar un atajo para no apelar a las dos facultades que constituyen como persona al paciente, su inteligencia y su voluntad. Unas pretenden apelar a lo emocional, como la atemorización o la manipulación; otras no respetan el límite de la libertad como el insistir demasiado en que no fume o el tratar de imponer la decisión. Muchas parten de un juicio y condena que culpabiliza al paciente, o lo “demoniza” como afirma una de las enfermeras. Éstas traducen una falta de comprensión del contexto en el que el joven comienza a fumar, que se discutirá más adelante, y del carácter adictivo de esta conducta.

El paternalismo médico sólo es legítimo de forma excepcional en casos en los que la falta de capacidad para tomar la decisión, por elevados niveles de dependencia, es patente, como plantean Córdoba y Altisent (2004). La pregunta que queda en el aire en muchos casos es dónde está la línea roja que separa la persuasión de la presión excesiva o la imposición (Altisent et al., 2001).

De nuevo en este punto es obligado el recurso al dominio de la comunicación clínica, como competencia esencial que permite ayudar sin traspasar ciertos límites (Borrell & Bosch, 2014). La escucha atenta del paciente permitirá al profesional conocer cuándo el primero está percibiendo su intervención como excesiva.

El presente trabajo aporta la riqueza de la experiencia personal de pacientes y profesionales concretos. Coinciden en que, además de que presionar demasiado no es éticamente aceptable, resulta contraproducente. Sucede así con los pacientes lo mismo que algunos usuarios comentan de su experiencia con sus hijos fumadores; si se les insiste demasiado se sienten atacados y se defienden reforzando su actitud, esto es, fumando.

Comentadas las actitudes que no encajan en el perfil de un buen profesional en lo que a prevención y tratamiento del tabaquismo se refiere, se discutirán a continuación los aspectos propios de la intervención recomendada ante el paciente fumador.

El consejo personalizado frente al tabaco, como se ha avanzado en el anterior capítulo, representa el paradigma de la actitud ética en este ámbito asistencial. A diferencia de los ejemplos anteriores, aconsejar es proporcionar información personalizada con intención de convencer al paciente honestamente. Se apela así a la capacidad de comprender y madurar la decisión del paciente. Resulta, por tanto, una intervención sensible a las circunstancias y al momento del paciente, y en ese sentido es muy rentable en términos de coste-efectividad.

Los participantes valoran mucho la persistencia que entraña el consejo antitabaco oportunista de su médico. También los profesionales entrevistados opinan que la clave está en aconsejar sin imponer la decisión. Coinciden así con las propias recomendaciones del Departamento de Salud Pública estadounidense recogidas en el texto de Fiore et al. (2008) que suponen el referente internacional en lo que a abordaje y tratamiento del tabaquismo se refiere en el entorno clínico.

Los primeros pasos de la estrategia de las “5 A” incluyen identificar al fumador, aconsejarle el cese del tabaco y valorar su disposición para el cambio. El consejo persuasivo permite, además, como muestran los resultados de este estudio, valorar la oportunidad de intervenir de forma más o menos intensiva, lo cual merece un buen calificativo desde el punto de vista ético.

En la misma línea del consejo se encuentra la actitud del profesional que entiende que debe acompañar al paciente desde la deliberación hacia la decisión de cese del tabaco. La estrategia de la entrevista motivacional, tal como la describen Miller y Rollnick (2012) es el mejor ejemplo práctico de este acompañamiento. Sin juzgar, ni imponer los propios criterios, el terapeuta actúa como catalizador en el proceso de cambio del paciente.

Frente a los modelos paternalistas ya comentados esta estrategia se basa en una atención centrada en el paciente cuya responsabilidad y capacidad de decisión son puestas en valor. La evidencia que avala los resultados de la entrevista motivacional a largo plazo es numerosa en el campo de la modificación de estilos de vida en el entorno clínico (Gantiva, Guerra, & Vila, 2015).

En la investigación de esta tesis doctoral los resultados relativos a esta categoría son consistentes con los principios y fundamentos de la entrevista motivacional. El clima de libertad necesario para la generación de acuerdos, la búsqueda de motivos personales del paciente para el cambio o la toma de decisión como objetivo de esta estrategia son algunos de los conceptos principales que ejemplifican la anterior afirmación. Los resortes, según los resultados del estudio, que pueden desencadenar el cambio son los motivos o las motivaciones personales del paciente para decidirse por intentar la deshabituación.

Como resumen de la discusión realizada en este apartado se puede decir que la atención de calidad al paciente fumador radica en gran medida en la actitud del profesional. A su vez, como se ha explicado ésta se relaciona con su compromiso profesional y su formación.

A juzgar por los resultados de este estudio, contrastados con la literatura, ni la inhibición ante el tabaquismo ni la presión excesiva o el recurso a estrategias que infantilizan al paciente son moralmente aceptables. La actitud legítima, la que el paciente espera de su médico o de su enfermera es la de la persuasión respetuosa mediante el consejo personalizado y, si el paciente está preparado, el acompañamiento hacia la búsqueda de su propia motivación para el cese.

8.4 La decisión del paciente se encuentra el núcleo de la consulta de tabaquismo.

Se discuten en este apartado los resultados relativos a la autonomía del paciente que se han desarrollado al comienzo del capítulo anterior. Al igual que se ha hecho en el mismo se comentarán de acuerdo con el orden cronológico en que los fenómenos a los que se refieren tienen lugar en la vida del fumador.

8.4.1 La libertad condicionada del primer acto de fumar

“La decisión del adolescente de iniciarse en el consumo de tabaco ¿es auténticamente libre?” (Rodrigo Córdoba & Altisent, 2004, p. 263). Los resultados de este estudio coinciden con los citados autores en que numerosos e importantes condicionantes amenazan, aún hoy, el carácter libre de esta supuesta decisión. En primer lugar los fumadores adultos entrevistados reconocen en su mayoría que cuando comenzaron a fumar ni siquiera se sabía que el tabaco era nocivo. El deliberado ocultamiento del carácter adictivo del cigarrillo por parte de la industria tabaquera (Rodrigo Córdoba & Samitier, 2009), junto con el desconocimiento social sobre el alcance del

impacto sobre la salud del mismo hasta hace unas décadas ponen en cuestión el argumento de la “libre decisión del fumador” como afirman algunos autores (Chapman & Liberman, 2005).

El comienzo en el tabaco está muy condicionado también por la inconsciencia sobre los riesgos que supone el tabaco propia de la edad a la que el joven experimenta con sus primeros cigarrillos como afirma el citado artículo de Chapman y Liberman. Esta idea está muy representada en los datos de este estudio y resulta coherente con la evidencia científica disponible. Por ello no se puede, siquiera hablar de una decisión, ya que el hábito se establece tras una sucesión de consumos repetidos sin que medie una decisión personal consciente.

Los condicionantes que más peso tienen en el proceso de iniciarse en el tabaco son la inmadurez en el plano personal, la presión del grupo de amigos y el entorno en el plano ambiental y la publicidad junto a la normalización del tabaco en la cultura actual en el plano social. Todos han sido detallados y gozan de amplia fundamentación en los datos de esta investigación y en la literatura (Álvarez Gutiérrez, 2006).

Merece la pena destacar alguna cita que ilustra la importancia del papel que juega en todo esto la industria tabaquera, responsable de la publicidad y la promoción de los productos derivados del tabaco.

“Fumar un cigarrillo para el principiante representa un acto simbólico. Yo no soy el hijo de mamá, soy fuerte, soy aventurero, no estoy anticuado.... Conforme se debilita el simbolismo psicológico, el efecto farmacológico toma el control para mantener el hábito”

Así se expresaba en 1969 el Vicepresidente para Investigación y Desarrollo de Philip Morris citado por Córdoba y Samitier (2009, p. 152). Con toda razón esta agrupación de empresas multinacionales ha sido definida como el vector de la epidemia del tabaquismo (Eriksen et al.,

2015). Efectivamente, sin su estrategia de control de la información y manipulación de la opinión pública para incrementar sus beneficios el problema del tabaquismo hoy no existiría tal cual lo conocemos.

8.4.2 La dependencia del tabaco esclaviza al fumador

La persona se hace consciente de que es adicta a la nicotina cuando trata de abandonar el tabaco y no puede hacerlo, según informan los participantes del estudio.

Si la decisión de iniciarse en el tabaco no es habitualmente hija de una libertad madura, el comienzo de la adicción que se establece muy tempranamente viene a limitar aún más la libertad de la persona para tomar las riendas sobre el propio consumo. Por ello autores como DiFranza abogan por evaluar la dependencia del tabaco en función de la propia autonomía del fumador entendida como aquella capacidad para controlar el consumo. En este sentido han validado herramientas para ello (Ursprung & DiFranza, 2010) que consideran útiles incluso en las primeras etapas del consumo (DiFranza et al., 2002)

Una de las fortalezas de este estudio cualitativo es que contrasta la rica experiencia de los usuarios fumadores con la opinión y también la experiencia de los profesionales. Las aportaciones de autores que han estudiado a fondo las bases neurobiológicas de la dependencia enriquecen los resultados obtenidos de este encuentro. Muchos de los hallazgos obtenidos mediante estudios de imagen sobre los cambios que experimenta el cerebro del fumador (Volkow, Fowler, & Wang, 2003) son relatados “desde dentro” por los propios fumadores en esta investigación.

El análisis de esta vivencia del fumador permite apreciar lo que expresa el citado trabajo de Volkow y sus colaboradores basándose en las pruebas de imagen; el control cognitivo sobre el

consumo pierde la batalla frente a los centros de la recompensa, la motivación y los impulsos modulados por la nicotina en el caso del fumador. Algunos participantes expresan cómo la voluntad racional cede ante el deseo de consumir en un contexto donde impera lo emocional. Esta realidad la constata el fumador que fuma más cuando se pone nervioso y, a su vez, tiende a calmar, fumando, el nerviosismo propio del síndrome de abstinencia fumando.

Explorado este concepto de la dependencia como amenaza frente a la libertad y la capacidad para el abandono del tabaco surge la pregunta sobre la actitud que el profesional y la propia administración debe mantener con el fumador dependiente severo. Es posible que la manifiesta pérdida de capacidad del fumador con problemas serios o alto riesgo de padecerlos como consecuencia del tabaco permita justificar una actitud más invasiva e intensiva del profesional responsable de promover su salud. Sería un caso propicio para un cierto paternalismo débil tal como plantean Córdoba y Altisent (2004).

8.4.3 Sólo el fumador puede protagonizar su liberación del tabaco.

Los resultados obtenidos son muy consistentes en este aspecto. Se podrían resumir algunas de las entrevistas realizadas a pacientes con la idea que se ha enunciado como epígrafe del presente capítulo. Precisamente porque sólo el paciente puede tomar la decisión se debe centrar la atención en el propio paciente y aquellas cuestiones que pueden facilitar su avance hacia la misma.

“Dejar de fumar es un proceso en que los factores claves son la motivación, la dependencia y la confianza en la propia capacidad del paciente para conseguirlo” (Córdoba & Sanz Andrés, 2014, p. 275). Los resultados que se van a comentar en este apartado tienen que ver con la motivación y la autoeficacia o confianza en la capacidad para conseguir el cese.

En esta categoría se recogen los datos del presente trabajo en relación con el proceso de mentalización necesario para llegar a la decisión, utilizando el término que manejan varios de los usuarios participantes en el estudio. Es el fumador quien debe decidir el momento, las circunstancias y el ritmo a seguir en el proceso hacia el día D en que comenzará la abstinencia. El profesional debe ser muy consciente de ello evaluando en qué fase del citado modelo del cambio se encuentra el paciente.

Puede, no obstante, ayudar al fumador en este proceso alimentando la motivación para el cambio de distintas formas. Una de las tareas que puede realizar es acompañar al paciente en el proceso de superación de las barreras que le bloquean el camino hacia la decisión de cese. Este estudio arroja entre los resultados la identificación de varias de ellas. Es frecuente entre las mujeres que el aumento de peso previsible como consecuencia de la abstinencia sea un importante motivo para seguir fumando pese a sus propias disonancias.

En este punto se debe realizar un breve inciso, para mencionar la aportación de autoras como Nerín y Jané (2007) que recomiendan un enfoque específico tanto en la investigación como en la formación o en la asistencia clínica que tenga en cuenta la problemática específica de la mujer fumadora.

Otra importante barrera es la que se encuentran pacientes de bajo nivel sociocultural con especial mención a aquellos pacientes con escasos vínculos sociales. Los problemas que el paciente debe afrontar en estos casos superan en urgencia al tabaquismo y desbordan el ámbito clínico por lo que el reto que estos casos suponen para el profesional va a requerir todo un especial compromiso y empeño.

En este estudio los motivos para la decisión más fundamentados en los datos de este estudio son, con diferencia, el ahorro económico que el cese del tabaco supone para el fumador y la

presión del ambiente no fumador. Ambos han sido detallados en el capítulo anterior y se suelen citar entre los elementos a utilizar por los profesionales para motivar a los pacientes en las guías y recomendaciones internacionales (Fiore et al., 2008)

Tal vez lo más interesante de estas cuestiones que los participantes han reiterado por su fuerza motivadora, es que están muy influidas por las políticas de control del tabaquismo vigentes en nuestro país. El precio del paquete de tabaco está muy regulado y depende en gran parte de los impuestos especiales con los que se grava, siguiendo las directivas internacionales de la OMS y la Unión Europea. Que el precio del tabaco sea citado por los fumadores como uno de los motivos principales para dejar de fumar obliga a reflexionar sobre la influencia que ejercen las políticas reguladoras de los productos derivados del tabaco en la propia consulta del médico de familia. También permite la reflexión sobre la fuerza de la motivación extrínseca cuando toca resortes tan determinantes como la economía familiar.

La presión del ambiente no fumador también es destacada, especialmente por los pacientes, en este estudio. En este sentido la actual legislación española está acabando con la normalización del tabaco, como afirman los participantes en esta investigación, de manera que los mismos ambientes que empujaban a fumar al joven ayer, hoy lo excluyen en tanto no rompa con el tabaco.

Estos aspectos se profundizan y discuten a continuación en el último apartado de este capítulo.

8.4.4 La motivación del fumador para el cambio, principio y fin de la intervención.

La motivación resulta ser en este trabajo la piedra angular sobre la que se sostiene el edificio de los resultados.

La fuerza capaz de mover a la persona a realizar el cambio, que se define como motivación, se encuentra en el núcleo mismo de los resultados.

Este concepto vinculado al compromiso del profesional alimentado por la formación aparecía en el primer apartado, el de la responsabilidad. La actitud ética, se comentaba, en el campo de la atención clínica al paciente fumador es aquella que mediante el consejo y la deliberación procura la motivación del paciente acompañándolo en su propia búsqueda de motivos para el cambio. La motivación personal para el cambio es invocada por los participantes como la clave de la decisión de dejar de fumar.

La última de las columnas que descansan sobre esta piedra angular es la de la intervención del profesional con criterios de coste de oportunidad. El tiempo es uno de los recursos más importantes en la consulta, por lo cual su utilización equitativa a la hora de realizar una intervención con un paciente fumador requiere tener en cuenta la preparación del paciente para el cambio (Córdoba & Altisent, 2004). No hacerlo, además de conllevar una injusta pérdida de tiempo, fácilmente le conducirá a medio plazo a instalarse en la creencia de que no merece la pena abordar el tabaquismo en la consulta y optará por evitarlo. Por tanto, su propia motivación profesional depende, en parte, de su habilidad para evaluar la motivación del paciente adaptando su atención en función de la misma.

Los resultados obtenidos en relación a la cuestión sobre la financiación de los tratamientos para la deshabituación del tabaquismo conceden una posición destacada a la motivación del paciente. Aunque no hay acuerdo entre partidarios y detractores de la financiación pública de estos tratamientos, ambos coinciden en que la motivación del fumador para el cambio tiene un papel de mayor importancia que los propios fármacos.

8.5 Resumen del capítulo

El objeto de este capítulo ha sido la discusión de los resultados obtenidos en este trabajo. Las principales aportaciones del mismo en relación con las cuestiones éticas propias de la atención del paciente fumador en Atención Primaria han sido contrastadas con la literatura para poner de relieve la novedad de los hallazgos.

En primer lugar los participantes coinciden en que la intervención del profesional de Atención Primaria frente al tabaquismo es una cuestión, no sólo de legitimidad, sino de responsabilidad profesional. Forma parte de las actividades preventivas entre las cuales destaca por su coste-efectividad. Por ello requiere de un especial compromiso del profesional alimentado desde la formación, de manera que sepa abordar el tabaquismo adecuadamente, fortaleciendo la confianza que el paciente deposita en él.

En coherencia con esta responsabilidad el profesional fumador debería evitar proyectar esta imagen, ya que los pacientes y la sociedad le asignan un rol modélico en cuanto a sus hábitos de vida. La eficacia de sus consejos queda comprometida cuando no predica con el ejemplo.

La actitud, por tanto, que se espera del profesional respecto al tabaquismo en su consulta es la del consejo persuasivo y el acompañamiento hacia la motivación del paciente para el cambio. No es aceptable ni la inhibición ante el problema del tabaco ni tampoco la excesiva presión o falta de respeto de la libertad del fumador, que traducen ciertas actitudes paternalistas. Solo el paciente fumador puede protagonizar el cambio decidiendo el momento y los motivos para el mismo.

La decisión de comenzar a fumar está muy condicionada por el contexto sociocultural y la inconsciencia desde la que se inicia el joven en el tabaco. Parece evidente que la dependencia que se establece mediante la nicotina es vivida como una auténtica esclavitud que no le permite a la

persona tomar las riendas de su propio consumo. El ejercicio de auténtica libertad que supone decidir dejar de fumar sólo lo puede realizar el fumador alimentado por una gran dosis de motivación.

Esa es la razón por la que la intervención del profesional debe modularse en función de la motivación del paciente para el abandono del tabaco. La gestión del tiempo y sus propios esfuerzos con criterios de equidad le exigen tener lo anterior muy en cuenta.



Capítulo 9. Limitaciones del estudio y prospectiva

Introducción al capítulo

En este capítulo se va a prestar atención a las limitaciones tanto en el diseño, como en la metodología del estudio. En la segunda parte se marcan líneas para futuras investigaciones partiendo tanto de las limitaciones como de la consistencia de sus resultados.

9.1 Limitaciones del estudio

Los resultados de este estudio no pueden generalizarse sin más, dado que no se ha partido de una muestra representativa de la población de referencia. Como se ha explicado en el capítulo sobre el diseño, el muestreo que se ha realizado es intencional y en alguna fase del estudio se ha hecho un muestreo en *bola de nieve*. Este tipo de muestreo, muy común en los estudios con metodología cualitativa, requiere cubrir determinados perfiles personales que están presentes en la población reclutando participantes con este propósito.

En el presente estudio la muestra de profesionales oscila en una franja de edad muy determinada. Se debería haber reclutado profesionales más jóvenes para que su voz estuviera más representada, sin embargo las dificultades en relación con el tiempo, la accesibilidad y disponibilidad de los participantes condicionaron el desarrollo del trabajo de campo. Es mayor la representatividad con arreglo a otro tipo de variables como el sexo, el centro de trabajo o la formación en previa en tabaquismo.

De igual forma no se contó con profesionales de enfermería en la primera fase del estudio, la de las entrevistas, con lo que su experiencia y opinión se recogió únicamente del grupo focal en el cual sí estuvieron bien representadas.

Por otro lado, se contó con un escaso número de profesionales fumadores, si bien los resultados del análisis de sus entrevistas no muestran grandes diferencias en cuanto a los conceptos nucleares del estudio. El muestreo debería haber incluido casos con opiniones más atípicas que pueden guardar relación con el propio hábito fumador del médico, tal como indica la revisión de literatura (Duaso et al., 2014)

En cuanto a la muestra de usuarios entrevistados, su tamaño es comparativamente más bajo que el de los profesionales, lo cual se traduce en una menor representación de sus opiniones en el resultado final, como se aprecia en las matrices que figuran en el anexo. El acceso a los pacientes fue problemático, como se explica en el capítulo 5, por la negativa de los profesionales entrevistados a facilitarlo. Se accedió finalmente a ellos a través de dos médicos de familia de la capital aragonesa. Para realizar el grupo focal de pacientes se consiguió el acceso a la muestra a partir de la mencionada asociación dedicada a la prevención y tratamiento del tabaquismo en Aragón. Los perfiles de este grupo son más representativos de la población general que los de los pacientes entrevistados. Sin embargo, en la muestra escasean los fumadores más jóvenes, aquellos que han comenzado a fumar a pesar de que hoy sí disponen de información, a diferencia de lo que sucedía hace cuarenta años. Su visión particular sobre la problemática que plantea este trabajo ha quedado insuficientemente representada.

En cuanto a la influencia del investigador se debe tener en cuenta que ante los profesionales el entrevistador o moderador era visto como un igual, un médico de familia y profesional sanitario, como ellos. Sin embargo, ante los pacientes también el investigador se presentaba como

un médico de familia, lo cual facilitaba el acceso pero pudo influir en la expresión de opiniones o experiencias por parte de los mismos. Se facilitó su participación dejando muy claros todos los términos relativos a la investigación y a la confidencialidad y anonimato con los que se habrían de tratar todos los datos derivados de las entrevistas y grupos focales.

Finalmente, la extensión en el tiempo de la investigación obligó a descartar el envío del informe de resultados a los propios participantes para obtener su retroalimentación, lo cual hubiera enriquecido la discusión del estudio. Otros aspectos, sin embargo, se han visto favorecidos por esta duración en el tiempo del trabajo investigador. Uno de ellos es la entrada en vigor de la mencionada Ley 42/2010 con el impacto que ha supuesto a todos los niveles, lo cual ha enriquecido la reflexión de los participantes y del propio investigador.

9.2 Líneas de futuras investigaciones

A partir de los resultados de este trabajo se pueden apuntar diversas líneas de futuras investigaciones.

En primer lugar son necesarios estudios en los que se cuente con determinados perfiles de pacientes cuya voz no ha sido suficientemente representada. Sería interesante diseñar investigaciones que desde aproximaciones como la fenomenología estudien la vivencia de la dependencia del tabaco por parte de personas inmigrantes, personas con escasos recursos socioeconómicos o con especiales dificultades laborales o vitales. La evidencia muestra que la epidemia del tabaquismo empobrece aún más a estos colectivos y en nuestro país serán probablemente quienes más van a sufrir las consecuencias derivadas del consumo de tabaco. Es necesario conocer su problemática desde el sentido que dan a su propia vivencia para orientar la intervención tanto de los profesionales sanitarios como de los responsables de Salud Pública.

Así mismo, sería conveniente así mismo partir de la presente investigación para realizar estudios con enfoque metodológico cuantitativo con el objetivo de estudiar en determinadas poblaciones de profesionales de Atención Primaria y de Atención Especializada aspectos concretos como la actitud en relación con el abordaje del tabaquismo en las consultas. Realizar estudios de este tipo en el ámbito de las consultas relacionadas con patología derivada del tabaquismo, tales como Neumología, Cardiología u Oncología, podría contribuir a detectar aspectos de importancia para la mejora del nivel y la calidad de la intervención en tabaquismo.

9.3 Resumen del capítulo

Este breve capítulo previo a las conclusiones del estudio ha tratado las limitaciones y sesgos que presenta la investigación en relación con los aspectos del diseño y de la implementación del mismo. Criterios como el de la representatividad, comparabilidad o influencia del investigador han sido utilizados para evaluar estas carencias del estudio.

En la segunda parte del mismo se han apuntado varias líneas de investigación que quedan abiertas para futuros estudios partiendo de los resultados y el trabajo realizado.



CONCLUSIONES

Capítulo 10. Conclusiones

1. Existen importantes cuestiones éticas en la consulta del tabaquismo cuya detección requiere una aproximación sensible al mundo de los valores del paciente y a los deberes del profesional. Nuestro estudio evidencia la idoneidad de la metodología cualitativa para explorarlas adecuadamente.
2. La atención al paciente fumador es una responsabilidad muy relevante para el médico de familia por tratarse de una de las actividades preventivas incluidas en su cartera de servicios con mayor fundamentación en la evidencia científica. Ahora bien, la legitimación ética de la intervención del profesional de Atención Primaria frente al tabaquismo resulta de la confianza que el paciente deposita en él.
3. La actitud más adecuada del profesional, desde el punto de vista ético, es aquella centrada en el paciente con el objetivo de acompañarlo hacia la decisión del cese del tabaco.
4. El consejo persuasivo y la deliberación motivadora son las estrategias que mayor calificación ética merecen. No es aceptable la inhibición del profesional en este ámbito, pero tampoco las actitudes paternalistas que pueden resultar ineficaces, cuando no contraproducentes.

5. El profesional debe tener en cuenta que el comienzo del hábito tabáquico está muy condicionado por las circunstancias propias de la edad a la que se inicia. La dependencia del tabaco supone para el fumador una limitación, más o menos consciente, de la capacidad para el cese, por lo que su superación requiere una gran determinación y apoyo. En este proceso, el paciente valora mucho la ayuda profesional, que debe caracterizarse por una disponibilidad manifiesta.
6. La motivación del paciente para el abandono del tabaco es la piedra angular sobre la que se debería articular la intervención del profesional. Sobre esta clave pivotan: el respeto a las preferencias del paciente, el fortalecimiento de la relación clínica en un marco de confianza y la gestión equitativa tanto del tiempo como de otros recursos disponibles.
7. Una atención de calidad al paciente fumador para ayudarlo a superar su adicción requiere un alto grado de compromiso profesional, lo cual implica también el deber de reforzar sus consejos con el propio ejemplo y una imagen desvinculada del tabaquismo.
8. Para lograr este compromiso profesional y la actitud necesaria frente al paciente fumador en la consulta no es suficiente, con toda su importancia, una formación basada en los aspectos técnicos de la intervención en tabaquismo.
9. Nuestro estudio se ha centrado en la atención al paciente fumador en las consultas de medicina de familia y enfermería, sin embargo los hallazgos derivados del mismo pueden

ser aplicables a cualquier ámbito asistencial, en la medida en que se comparten los valores en juego y las exigencias de compromiso y responsabilidad profesional. Sería conveniente plantear nuevas investigaciones diseñadas específicamente para confirmar esta hipótesis derivada del presente trabajo.

10. La competencia en aspectos éticos debería ser nuclear en los programas formativos sobre tabaquismo en las etapas de pregrado y postgrado de Medicina. Con este objetivo los resultados del presente estudio permiten recomendar la inclusión en esta formación de las siguientes cuestiones:

- a. La responsabilidad profesional de todos los clínicos en el abordaje de estilos de vida, sobre la base de una relación de confianza.
- b. El compromiso profesional desde el acompañamiento, disponibilidad y el deber de ejemplaridad para el abordaje del tabaquismo.
- c. El respeto a la libertad, aun condicionada por la dependencia, y la responsabilidad del fumador en su decisión del abandono del tabaco.
- d. La gestión equitativa de los recursos en la atención al paciente fumador.
- e. La responsabilidad del Estado en la prevención y control del tabaquismo, con medidas que, desde la heteronomía, consiguen resultados rápidos y eficientes.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias bibliográficas

Alberg, A. J., Shopland, D. R., & Cummings, K. M. (2014). The 2014 Surgeon General's Report: Commemorating the 50th Anniversary of the 1964 Report of the Advisory Committee to the US Surgeon General and Updating the Evidence on the Health Consequences of Cigarette Smoking. *American Journal of Epidemiology*, 179(4), 403-412.

Altisent, Delgado Marroquín, M. T., Jolín Garijo, L., Martín Espíldora, M. N., Ruiz Moral, R., Simón Lorda, P., & Vázquez Díaz, J. R. (2000). Sobre bioética y medicina de familia (y V). *Atención Primaria*, 25(07), 127-139.

Altisent, Martín Espíldora, & Serrat. (2014). Ética y medicina de familia. En A. Martín Zurro, J.F. Cano y J. Gené, (Eds.), *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica*, 7ª ed. (pp. 260-277). Barcelona: Elsevier,

Altisent, R., Brotons, C., González, R., Serrat, D., Júdez, J., & Gracia, D. (2001). Ética de la actividad preventiva en atención primaria. *Medicina clínica*, 117(19), 740-750.

Álvarez Gutiérrez, S. (2006). El tabaquismo como problema de salud pública. En M. Barrueco, M.A. Hernández Mezquita y M. Torrecilla, ed., *Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo*, 3ª ed. Madrid: GlaxoSmithKline, pp. 21-73.

American Psychiatric Association, & American Academy of Family Physicians. (1996). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Primary care versión* (4th Edition). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

- Auerbach, C. F., & Silverstein, L. B. (2003). *Qualitative Data: An Introduction to Coding and Analysis* (1st edition). New York: NYU Press.
- Bacigalupe, A. (2012). *Magnitud y evolución de las desigualdades sociales en el tabaquismo en la comunidad autónoma de Euskadi* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona. Recuperado a partir de <http://ddd.uab.cat/record/106176>
- Barr, G., Houston-Miller, N., Hasan, I., & Makinson, G. (2013). Nurse practitioners, wake up and smell the smoke. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25(7), 362-367.
- Barrueco, M., Hernández, M. A., & Torrecilla, M. (2006). *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo* (3ª ed.). Madrid: GlaxoSmithKline.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2012). *Principles of Biomedical Ethics* (7th. edition). New York: Oxford University Press.
- Benowitz, N. L. (2010). Nicotine addiction. *The New England journal of medicine*, 362(24), 2295.
- Bonal, P., Gil Guillén, V., Martín Zurro, A., & Pinto, A. (1999). La medicina de familia como área de conocimiento. *Atención primaria*, 23(3), 151-174.
- Borrell, F., & Bosch, J. (2014). Entrevista clínica y relación asistencial. La atención centrada en la persona. En A. Martín Zurro, J.F. Cano y J. Gené, (Eds.), *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica*, 7ª ed. (pp. 48-62) Barcelona: Elsevier,
- Brown, R. C. H. (2013). Moral responsibility for (un)healthy behaviour. *Journal of Medical Ethics*, 39(11), 695-698.
- Buchanan, D. R. (2008). Autonomy, Paternalism, and Justice: Ethical Priorities in Public Health. *American Journal of Public Health*, 98(1), 15-21.

- Buil, B. (2008). *La detección de cuestiones bioéticas en las consultas de Atención Primaria* (Tesis doctoral). Universidad de Zaragoza, Zaragoza.
- Calderón, C. (2002). Quality criteria in Qualitative Health Research (QHR): notes for a necessary debate. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 473-482.
- Calderón, C. (2011). El papel de la reflexividad en la investigación cualitativa en salud. *Revista clínica electrónica en atención primaria*, (19), 0001-4.
- Calderón, C., & Fernández de Sanmamed, M. (2014). Investigación cualitativa. En A. Martín Zurro, J.F. Cano y J. Gené, (Eds.), *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica*, 7ª ed. (pp. 193-216) Barcelona: Elsevier
- Calvente, M. G., & Rodríguez, I. M. (2000). El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Atención Primaria*, 25(3), 181-186.
- Camarelles, F., Dalmau, R., Clemente Jiménez, L., Muñoz, J. L. D.-M., Polo, A. L., Ogué, M. C. P., ... otros. (2013). Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. *Medicina Clínica*, 140(6), 272-e1.
- Canadian Task Force on Preventive Health Care. (2003). New grades for recommendations from the Canadian Task force on Preventive Health Care. *Canadian Medical Association Journal*, 169(3), 207-208.
- Canals, J., Bladé, J., & Domènech, E. (1997). Smoking and personality predictors in young Spanish people. *Personality and Individual Differences*, 23(5), 905-908.
- Carter, B. D., Abnet, C. C., Feskanich, D., Freedman, N. D., Hartge, P., Lewis, C. E., ... Jacobs, E. J. (2015). Smoking and Mortality - Beyond Established Causes. *New England Journal of Medicine*, 372(7), 631-640.
- Casasempere, A. V. (2013). *Inmigración y escuela resiliente en educación primaria. Un*

estudio de casos con alumnado de familia inmigrante (Tesis doctoral). Universidad de Alicante, Alicante. Recuperado a partir de: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/36364>

Chapman, S., & Liberman, J. (2005). Ensuring smokers are adequately informed: reflections on consumer rights, manufacturer responsibilities, and policy implications. *Tobacco Control*, 14(suppl_2), ii8-ii13.

Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis (Introducing Qualitative Methods Series)*. Londres: Sage.

Chatkin, J., & Chatkin, G. (2009). Learning about smoking during medical school: are we still missing opportunities? [Review article]. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 13(4), 429-437.

Comisión Nacional para la Prevención del Tabaquismo. (2010). *Evaluación del control de tabaquismo costes empresariales sanitarios*. Recuperado a partir de http://www.cnpt.es/listado-recursos.asp?id_subcategoria=47#

Corbin, J. M., & Strauss, A. (2014). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (Fourth Edition). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.

Córdoba, R. (2015) (en prensa). Prevalencia y mortalidad por tabaco en España. *Medicina Clínica*. Recuperado de <http://doi.org/10.1016/j.medcli.2015.06.003>

Córdoba, R., & Altisent, R. (2004). Ética clínica y tabaco. *Medicina Clínica*, 122(07), 262-266.

Córdoba, R., Cabezas, C., Camarelles, F., Gómez, J., Herráez, D. D., López, A., ... Marqués, F. (2012). Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Atención primaria*, 44, 16-22.

Córdoba, R., Martín, C., Casas, R., Barberá, C., Botaya, M., Hernández, A., & Jané, C.

(2000). Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en atención primaria. *Atención Primaria*, 25(1), 32-36.

Córdoba, R., & Nerín, I. (2002). Niveles de intervención clínica en tabaquismo. ¿Son necesarias las consultas específicas en atención primaria? *Medicina clínica*, 119(14), 541-549.

Córdoba, R., & Samitier, E. (2009). *50 mitos del tabaco* (Gobierno de Aragón). Zaragoza.

Córdoba, & Sanz. (2005). Actitudes éticas en el tratamiento del tabaquismo. *Atención primaria*, 36(2), 100-103.

Córdoba, & Sanz Andrés. (2014). Tabaquismo, alcoholismo y otras drogodependencias. En A. Martín Zurro, J.F. Cano y J. Gené, (Eds.), *Atención primaria: Problemas de salud en la consulta de medicina de familia*, 7ª ed. (pp. 269-301). Barcelona: Elsevier,

Cortina Orts, A. (2013). *¿Para qué sirve realmente la ética?* (1ª ed). Barcelona: Paidós.

Cuesta de la, C. (2003). El investigador como instrumento flexible de la indagación. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(4), 1-27.

Departamento de política territorial e interior. Gobierno de Aragón. (2014). *Estrategia de ordenación territorial de Aragón*. Zaragoza: Gobierno de Aragón. Recuperado a partir de http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/PoliticaTerritorialInterior/Areas/01_Ordenacion_territorio/EOTA/Proyecto_EOTA_DOCS_032014/Documentos_Aprobados_29072014/00%20EOTA_Resumen_CG_AP.pdf.

Dever. (1976). An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicators Research*, 2(4), 453-466.

Diario Médico. (2009). Vida saludable: un deber ético para el médico. Recuperado a partir de <http://www.diariomedico.com/2009/05/29/area-profesional/normativa/vida-saludable-deber-etico-para-medico>

DiFranza, J. R. (2002). Implications of the autonomy theory of nicotine dependence.

MedGenMed: Medscape General Medicine, 4(3), 8.

DiFranza, J. R., Savageau, J. A., Fletcher, K., Ockene, J. K., Rigotti, N. A., McNeill, A. D., ... Wood, C. (2002). Measuring the loss of autonomy over nicotine use in adolescents: the DANDY (Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youths) study. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 156(4), 397–403.

Djalalinia, S., Tehrani, F. R., Malekafzali, H., Dovvom, M. R., Neot, R., & Peykari, N. (2011). Training of general practitioners about smoking cessation counseling. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 61(5), 449-452.

Doll, R., & Hill, A. B. (1999). Smoking and carcinoma of the lung. Preliminary report. 1950. *Bulletin of the World Health Organization*, 77(1), 84-93.

Doll, R., Peto, R., Boreham, J., & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ: British Medical Journal*, 328(7455), 1519.

Domínguez Grandal, F., & Castañal, X. (2011). Guía del Tabaquismo. Recuperado 8 de octubre de 2015, a partir de <http://www.fisterra.com.proxy1.athensams.net/guias-clinicas/guia-tabaquismo/>

Duaso, M. J., McDermott, M. S., Mujika, A., Purssell, E., & While, A. (2014). Do doctors' smoking habits influence their smoking cessation practices? A systematic review and meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, 109(11), 1811-1823.

Dworkin, G. (1988). *The theory and practice of autonomy*. Cambridge: Cambridge University Press.

Ekpu, V. U., & Brown, A. K. (2015). The Economic Impact of Smoking and of Reducing Smoking Prevalence: Review of Evidence. *Tobacco Use Insights*, 8, 1-35.

Eriksen, M. P., Mackay, J., Schluger, N. W., Islami, F., & Drope, J. (2015). The Tobacco Atlas. Atlanta, Georgia: American Cancer Society.

Espinosa, E. O., Lorenzo, C. M., & Ayesta, F. J. A. (2011). Tratamiento farmacológico de la dependencia de la nicotina: revisión de la evidencia científica y recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo sobre su elección e individualización. *Medicina Clínica*, 136(2), 79-83.

Farrell, T. C., & Keeping-Burke, L. (2014). The primary prevention of cardiovascular disease: nurse practitioners using behaviour modification strategies. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(1), 8-15.

Fiore, M. C., & Baker, T. B. (2011). Treating smokers in the health care setting. *New England Journal of Medicine*, 365(13), 1222-1231.

Fiore, M. C., Jaen, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N., & Curry, S. J. (2008). Treating tobacco use and dependence: 2008 update US Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respiratory care*, 53(9), 1217-1222.

Fiore, M. C., Jorenby, D. E., Schensky, A. E., Smith, S. S., Bauer, R. R., & Baker, T. B. (1995). Smoking status as the new vital sign: effect on assessment and intervention in patients who smoke (Vol. 70, pp. 209-213). Presentado en Mayo Clinic Proceedings, Elsevier.

Gantiva, C., Guerra, P., & Vila, J. (2015). From appetitive to aversive: Motivational interviewing reverses the modulation of the startle reflex by tobacco cues in smokers not ready to quit. *Behaviour Research and Therapy*, 66, 43-48.

Gardiner, P. (2003). A virtue ethics approach to moral dilemmas in medicine. *Journal of Medical Ethics*, 29(5), 297-302.

Gérvás, J., Starfield, B., & Heath, I. (2008). Is clinical prevention better than cure? *Lancet*

(London, England), 372(9654), 1997-1999.

Giorgi, E., Marani, A., Salvati, O., Mangiaracina, G., Prestigiacomo, C., Osborn, J. F., & Cattaruzza, M. S. (2015). Towards a smoke-free hospital: how the smoking status of health professionals influences their knowledge, attitude and clinical activity. Results from a hospital in central Italy. *Annali Di Igiene: Medicina Preventiva E Di Comunità*, 27(2), 447-459.

Glaser, B., & Strauss, A. (1999). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New Brunswick: Aldine Transaction.

Gracia, D. (1989). *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema Universidad.

Gracia, D. (2004). *Como arqueros al blanco: estudios de bioética*. Madrid: Triacastela.

Gracia, D., Jarabo, Y., Martín Espíldora, N., & Ríos, J. (2001). Toma de decisiones en el paciente menor de edad. *Medicina Clínica*, 117(5), 179-190.

Guest, Namey, E. E., & Mitchell, M. L. (2013). *Collecting qualitative data: a field manual for applied research*. Thousand Oaks: SAGE Publications.

Gutiérrez Abejón, E., Rejas, J., Criado, P., Campo, E. P., Breñas, M. T., & Martín Sobrino, N. (2015). Impacto del consumo de tabaco sobre la mortalidad en España en el año 2012. *Medicina Clínica*.

Gutiérrez Jiménez, T. (2002). Adicción a la nicotina y principios éticos. *Prevención del tabaquismo*, 4(2), 82-5.

Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerstrom, K.-O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86(9), 1119-1127.

Hughes, J. R., Keely, J., & Naud, S. (2004). Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*, 99(1), 29-38.

- Hughes, J. R., Stead, L. F., & Lancaster, T. (2007). Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 1(1).
- Illich, I. (1978). *Némesis médica: la expropiación de la salud*. México DF: Editorial J. Mortiz.
- Jiménez Ruiz, C. A. (1997). *Aproximación al tabaquismo en España*. Barcelona: Nicorette.
- Jiménez Ruiz, C. A., Miranda, J. A. R., Pinedo, Á. R., Ferrero, M. B., Reina, S. S., de Granda Orive, J. I., ... Fagerström, K. O. (2008). Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuestas de financiación. *Archivos de Bronconeumología*, 44(4), 213-219.
- Júdez, J., & Gracia, D. (2001). La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Medicina clínica*, 117(1), 18-23.
- Klemenc-Ketis, Z., Terbovc, A., Gomiseck, B., & Kersnik, J. (2015). Role of nurse practitioners in reducing cardiovascular risk factors: a retrospective cohort study. *Journal of Clinical Nursing*.
- Kloppe, P., Brotons, C., Anton, J. J., Ciurana, R., Iglesias, M., Piñeiro, R., ... others. (2005). Prevención y promoción de la salud en atención primaria: comparación entre la visión de los médicos españoles y los médicos europeos. *Atención primaria*, 36(3), 144–151.
- Kuehlelin, T., Sghedoni, D., Visentin, G., Gervas, J., & Jamoulle, M. (2010). Quaternary prevention: a task of the general practitioner. *Primary Care*, 18.
- Lalonde, M. (1974). A New Perspective on Health of Canadians. *Ottawa, Ontario, Canada: Minister of Supply and Services*.
- La Torre, G., Kirch, W., Bes-Rastrollo, M., Ramos, R. M., Czaplicki, M., Gualano, M. R., ... Boccia, A. (2012). Tobacco use among medical students in Europe: Results of a multicentre study using the Global Health Professions Student Survey. *Public Health*, 126(2), 159-164.

Ley 42/2010. (2010). Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. *Boletín Oficial del Estado*, (318), 31.

Li, M. D., Cheng, R., Ma, J. Z., & Swan, G. E. (2003). A meta- analysis of estimated genetic and environmental effects on smoking behavior in male and female adult twins. *Addiction*, 98(1), 23-31.

Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: Sage.

Lopez, A. D., Collishaw, N. E., & Piha, T. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*, 3(3), 242.

Losilla, M., & Altisent, R. (2010). Ética de la prevención:¿ es mejor prevenir que curar. *AMF*, 6, 498-504.

Marina, J. A. (2011). *Los secretos de la motivación* (Vol. 3). Barcelona: Editorial Ariel.

Marqués, F., Cabezas, C., Camarelles, F., Córdoba, R., Gómez Puente, J., & Muñoz Seco, E. (2009). Recomendaciones sobre estilos de vida. *semfyc ed. PAPPS Actualización*, 79-99.

Martín Zurro, A., Cano, J. F., & Gené, J. (2014). *Atención Primaria. Principios, Organización y Métodos en Medicina de Familia - 7ª Edición*. Barcelona: Elsevier.

Mataix Sancho, J. (2008). Propuestas para una adecuada organización de la atención al tabaquismo y financiación de su tratamiento farmacológico. *Atención Primaria*, 40(8), 381-383.

Max, W. (2001). The financial impact of smoking on health-related costs: a review of the literature. *American Journal of Health Promotion: AJHP*, 15(5), 321-331.

Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative research design: an interactive approach* (3rd ed). Thousand Oaks, Calif: SAGE Publications.

- McGinnis, J. M., & Foege, W. H. (1993). Actual causes of death in the United States. *JAMA*, 270(18), 2207-2212.
- Merino, A., Miguel, F., & Sanz, R. (2005). Yo medicalizo, tú medicalizas, él.; reflexiones y propuestas. *AMF*, 1(5), 269-78.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2013). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook* (Third Edition edition). Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. New York: Guilford press.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Informe a las Cortes Generales de evaluación del impacto sobre la salud pública de la Ley 42/2010*. Madrid.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Encuesta Estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES) (2012/2013). Recuperado 25 de septiembre de 2015, a partir de <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3218>
- Mitchell, J., Brown, J. B., & Smith, C. (2009). Interprofessional education: a nurse practitioner impacts family medicine residents' smoking cessation counselling experiences. *Journal of Interprofessional Care*, 23(4), 401-409.
- Moore, D., Aveyard, P., Connock, M., Wang, D., Fry-Smith, A., & Barton, P. (2009). Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 338, b1024.
- Myung, S.-K., McDonnell, D. D., Kazinets, G., Seo, H. G., & Moskowitz, J. M. (2009). Effects of Web-and computer-based smoking cessation programs: meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of Internal Medicine*, 169(10), 929-937.
- Nerín, I., & Jané, M. (2007). *Libro blanco sobre mujeres y tabaco: abordaje con una*

perspectiva de género. Madrid: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo.

Ministerio de Sanidad y Consumo.

Nerín, I., & Córdoba, R. (1999). Hacia un nuevo consenso: los congresos sin humo. *Medicina Clínica*, 113(11), 413-414.

Nerín, I., Guillén, D., Mas, A., & Crucelaegui, A. (2004). Evaluación de la influencia que ejerce la facultad de medicina en los futuros médicos respecto al tabaquismo. *Archivos de Bronconeumología*, 40(8), 341-347.

Organización Mundial de la Salud. (1978). *Atención Primaria de Salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>.

Organización Mundial de la Salud. (1995). *CIE-10 clasificación estadística internacional de enfermedades*, 3 vols. Washington, D.C: Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2003). Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: http://www.who.int/tobacco/fctc/text/en/fctc_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2013). Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. Recuperado de http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/summary/es/.

Pellegrino, E. D., Thomasma, D. C., & Kuczewski, M. G. (1994). The virtues in medical practice. *Theoretical Medicine*, 15(4), 460-464.

Pérez Trullen, A., & Clemente, L. (2001). Presente y futuro de los tratamientos para dejar de fumar. *Arch Bronconeumol*, 37(4), 241-246.

Pipe, A., Sorensen, M., & Reid, R. (2009). Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: an international survey. *Patient Education and Counseling*, 74(1), 118-123.

Post, S. G. (Ed.). (2003). *Encyclopedia of Bioethics* (3th edition). New York: Macmillan Reference USA.

Potter, V. R. (1971). *Global Bioethics: Bridge to the Future*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall Pub.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). *Toward a comprehensive model of change*. NY: Springer.

Puyol, A. (2014). Who is the guardian of our own health?: individual and social responsibility for health. *Revista Española de Salud Pública*, 88(5), 569-580.

Real Academia Española (Ed.). (1992). *Diccionario de la lengua española* (21. ed). Madrid: Real Acad. Española.

Rice, V. H., Hartmann-Boyce, J., & Stead, L. F. (2013). Nursing interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD001188.

Richards, L., & Morse, J. M. (2007). *Readme first for a user's guide to qualitative methods* (2nd ed). Thousand Oaks Calif: Sage Publications.

Richmond, R. (1999). Teaching medical students about tobacco. *Thorax*, 54(1), 70-78.

Richmond, R. L., Kehoe, L. A., & Webster, I. W. (1993). Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*, 88(8), 1127-1135.

Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., & García Jiménez, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Archidona: Aljibe.

Rollnick, S., Heather, N., & Bell, A. (1992). Negotiating behaviour change in medical settings: the development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health*, 1(1), 25-37.

Rossem, C. van, Spigt, M. G., Kleijnsen, J. R., Hendricx, M., Schayck, C. P. van, & Kotz, D. (2015). Smoking cessation in primary care: Exploration of barriers and solutions in current daily practice from the perspective of smokers and healthcare professionals. *European Journal of General Practice*, 21(2), 111-117.

Royal College of Physicians of London. (2000). Nicotine addiction in Britain: A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. Royal College of Physicians.

Saldaña, J. (2009). *The coding manual for qualitative researchers*. Los Angeles, Calif: Sage.

Sans Corrales, M., Pujol, E., Gene, J., Pasarín, M. I., Iglesias, B., & Casajuana, J. (2006). Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Family practice*, 23(3), 308–316.

Sarna, L., Bialous, S. A., Rice, V. H., & Wewers, M. E. (2009). Promoting tobacco dependence treatment in nursing education. *Drug and Alcohol Review*, 28(5), 507-516.

Siegler, M. (1979). Clinical Ethics and Clinical Medicine. *Archives of Internal Medicine*, 139(8), 914-915.

Silverman, D. (2006). *Interpreting qualitative data: Methods for analyzing talk, text and interaction*. Londres: Sage.

Simó, J., & Chinchilla, N. (2001). Motivación y médicos de familia (I). *Atención Primaria*, 28(7), 484-490.

Simón Lorda, P., & Júdez Gutiérrez, J. (2001). Consentimiento informado. *Medicina clínica*, 117(3), 99-106.

- Singer, P. A., Pellegrino, E. D., & Siegler, M. (2001). Clinical ethics revisited. *BMC Medical Ethics*, 2(1), 1.
- Sloan, F. A. (2004). *The price of smoking*. Cambridge: MIT press.
- Soto, F., & García León, F. J. (2009). La industria tabaquera y la promoción del tabaquismo entre los menores y jóvenes: una revisión internacional. *Gaceta Sanitaria*, 23(5), 448-457.
- Starfield, B., Sevilla, F., Aube, D., Bergeron, P., Maeseneer, J. M. D., Hjortdahl, P., ... Sarria-Santamera, A. (2004). Atención primaria y responsabilidades de salud pública en seis países de Europa y América del Norte: un estudio piloto. *Revista española de salud pública*, 78(1), 17-26.
- Stead, Angus, K., Holme, I., Cohen, D., & Tait, G. (2009). Factors influencing European GPs' engagement in smoking cessation: a multi-country literature review. *The British Journal of General Practice*, 59(566), 682-690.
- Stead, L. F., Bergson, G., & Lancaster, T. (2008). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 2(2).
- Stead, L. F., Perera, R., & Lancaster, T. (2006). Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 3.
- Tønnesen, P., Carrozzi, L., Fagerström, K. O., Gratziou, C., Jimenez-Ruiz, C., Nardini, S., ... West, R. (2007). Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *European Respiratory Journal*, 29(2), 390-417.
- Ursprung, W. W. S. A., & DiFranza, J. R. (2010). The loss of autonomy over smoking in relation to lifetime cigarette consumption. *Addictive Behaviors*, 35(1), 14-18.
- U.S. Department of Health and Human Services. (1988). *The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction, A Report of the Surgeon General*. Public Health Service Office on

Smoking and Health. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health.

US Department of Health and Human Services. (2014). *The Health Consequences of Smoking - 50 years of Progress: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

U.S. Preventive Services Task Force. (1989). *Guide to clinical preventive services*. Collingday, Pensilvania: DIANE publishing.

Vogt, F., Hall, S., & Marteau, T. M. (2005). General practitioners' and family physicians' negative beliefs and attitudes towards discussing smoking cessation with patients: a systematic review. *Addiction* (Abingdon, England), 100(10), 1423-1431.

Volkow, N. D., Fowler, J. S., & Wang, G.-J. (2003). The addicted human brain: insights from imaging studies. *Journal of Clinical Investigation*, 111(10), 1444.

Vuori, H. (1983). Qué es la atención primaria de salud. *Atención Primaria*, 3-4.

Warren, C. W., Sinha, D. N., Lee, J., Lea, V., & Jones, N. R. (2011). Tobacco use, exposure to secondhand smoke, and cessation counseling among medical students: cross-country data from the Global Health Professions Student Survey (GHPSS), 2005-2008. *BMC Public Health*, 11, 72.

Warren, Jones, N. R., Chauvin, J., A Peruga, & GTSS Collaborative Group. (2008). Tobacco use and cessation counselling: cross-country. Data from the Global Health Professions Student Survey (GHPSS), 2005-7. *Tobacco Control*, 17(4), 238-247.

Wellman, R. J., DiFranza, J. R., & Wood, C. (2006). Tobacco chippers report diminished autonomy over smoking. *Addictive Behaviors*, 31(4), 717-721.

West, P., Sweeting, H., & Ecob, R. (1999). Family and friends' influences on the uptake of regular smoking from mid- adolescence to early adulthood. *Addiction*, 94(9), 1397-1411.

WHO Commission on Social Determinants of Health, & World Health Organization (Eds.). (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health.

World Health Organization. (2013). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.





ANEXOS

Anexo I. Terminología metodológica utilizada

En el presente anexo se recoge en la Tabla 12 la definición de los términos utilizados en el marco metodológico del presente trabajo, con la finalidad de facilitar su comprensión.

Tabla 12. Tabla de terminología metodológica utilizada. Fuente: Varios autores y elaboración propia

<i>Término</i>	<i>Definición utilizada</i>
<i>Cita o segmento</i>	Fragmento de los datos con significado relevante. Sirve de contexto al código (Auerbach & Silverstein, 2003)
<i>Memo o anotación</i>	Registro de la actividad reflexiva con intención analítica del investigador (Saldaña, 2009).
<i>Código</i>	Constructo analítico básico. Identifica temas en los datos. (Saldaña, 2009)
<i>Familia de códigos</i>	Conjunto de códigos sin entidad analítica. Su función es instrumental
<i>Concepto</i>	Idea que articula una teoría o modelo permitiendo que esta sea operativa para el análisis. Facilita la codificación (Silverman, 2006).
<i>Teoría o modelo</i>	Conjunto de ideas que explican una parte del conocimiento humano o un fenómeno (Richards & Morse, 2007)
<i>Proto-categoría</i>	Constructo analítico intermedio entre la <i>familia de códigos</i> y la <i>categoría</i> (Auerbach & Silverstein, 2003)
<i>Recodificación</i>	Fase de prueba de la viabilidad de las proto-categorías. Se prueban sobre los datos para valorar sus dimensiones (Saldaña, 2009)
<i>Categoría</i>	Constructo analítico superior que define la teoría –inducción- o explica la hipótesis de partida –deducción- (Richards & Morse, 2007)
<i>Mapa de significados</i>	Modelo construido mediante la articulación significativa de las categorías (Calderón & Fernández de Sanmamed, 2014)

Anexo II. Documentos de consentimiento informado.

Se recoge en este anexo el documento de consentimiento informado utilizado en los grupos focales de usuarios y profesionales.

Yo,

Habiendo sido adecuadamente informado/a de los términos del proyecto de investigación “Cuestiones éticas de la atención al paciente fumador en Atención Primaria” desarrollado en el marco del Grupo de Investigación en Bioética del Gobierno de Aragón, dirigido por el Dr Rogelio Altisent Trota y la Dra María Teresa Delgado Marroquín.

Doy mi consentimiento para participar en un grupo focal sobre las cuestiones éticas que entraña la atención al paciente fumador en las consultas de Atención Primaria.

En Zaragoza a de del año

Fdo:

Anexo III. Matrices cualitativas

En el presente anexo se recogen los resultados de las técnicas de recogida de datos realizadas. Se han clasificado las ideas que expresan las citas de los participantes procedentes de las entrevistas y los grupos focales con el objetivo de evidenciar los resultados de la investigación de manera que se pueda captar el contenido del discurso de los participantes. Se ha seguido el mismo orden que estructura el capítulo 7, el de los resultados, dado que el mismo se apoya en las citas recogidas en estas matrices.

Las matriz cualitativa es una herramienta utilizada para el análisis cualitativo que permite representar los resultados de forma que su interpretación en busca de conceptos y categorías parta de los propios datos. Se siguen en el presente trabajo las recomendaciones de Miles y Huberman (Miles et al., 2013)

Las matrices que se han construido están formadas por varias columnas, la primera de ellas es la de las categorías, a su derecha se encuentran las dimensiones o ideas destacadas dentro de cada categoría, después se encuentra una columna con un código cromático interpretativo que más adelante se explica en detalle. La última columna previa a las citas es la de los participantes clasificados en profesionales y usuarios que permite apreciar la coincidencia entre las citas de unos y otros. La columna que más espacio ocupa es la de las citas de los participantes extraídas directamente de las transcripciones de las entrevistas y grupos focales realizados. Al final de cada cita existe un código de dos números entre paréntesis separados por dos puntos precedido por unas siglas. Este código permite identificar cada cita y su procedencia. La leyenda de cada código se explica en la Tabla 13 que se encuentra más adelante.

Tabla 13. Correspondencia de los códigos identificativos de cada cita

Código	Correspondencia
P1	Entrevista al Profesional 1
U1	Entrevista a Usuario 1
GFP	Grupo Focal de Profesionales
GFU	Grupo Focal de Usuarios
(20:468)	Cita 468 del documento 20 (GFP)

Es precisa una explicación de la clave interpretativa que se traduce en la columna de color y se sintetiza en la Tabla 14.

Tabla 14. Código de interpretación cromático

Interpretación	Código cromático
Idea repetida destacada	
Idea repetida no tan destacada	

Los criterios que se han valorado para ponderar la importancia de las distintas ideas repetidas por los participantes han sido los siguientes:

- Frecuencia de repetición de citas que sustentan dichas ideas.
- Concurrencia o coincidencia entre profesionales y usuarios en esas ideas o bien entre distintos profesionales o usuarios.
- Triangulación de citas procedentes de entrevistas y grupos focales.
- Interpretación del analista registrada en sus anotaciones o memos.

Se ha tratado así de contemplar distintos criterios de triangulación tal como se ha explicado en el capítulo 6 dedicado al análisis cualitativo realizado.

A1. Cuestiones de responsabilidad profesional

1.1 Legitimidad de la intervención	1.1.1 La intervención en tabaquismo es legítima		<div data-bbox="378 259 1890 844"> <p>Profesionales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Yo creo que sí que estamos legitimados. Sí porque... Es decir tú no estás haciendo un negocio tratando a los sanos, porque claro, con las estatinas estamos haciendo un negocio tratando a gente absolutamente sana. Tu, primero, no estás haciendo negocio con ello. Hombre, directamente, indirectamente sí porque te estás ahorrando en recursos. Pero luego son recursos de todos. Es un recurso en nuestro caso comunitario. Y yo pienso que sí, que estamos legitimados para ello. P3 3:17 - Estamos hablando de modificar el estilo de vida, donde además no sólo es el tabaco. Pero que además eso le va a proporcionar un fondo físico para poder hacer otras cosas. Es que es muy importante dejar de fumar. Es que va a andar, va a poder correr, va a poder hacer ejercicio físico. Cosa que no podía hacerlo antes. Yo creo que sí que estamos legitimados. P3 3:18 - E: De manera que estamos totalmente legitimados para intervenir y .. P5: Por supuesto, por supuesto. E: Tenemos responsabilidad profesional. P5: Yo la veo total. P5 5:30 - Sí, yo considero que la atención al paciente fumador se debe realizar en atención primaria. Que tiene que ser el médico de familia y tiene que ser el personal de enfermería el que ayude al paciente a dejar de fumar. P5 5:36 - ¿Estamos legitimados, podemos... nuestra responsabilidad profesional nos permite abordar ese tema? ¿Cómo lo veis? Varios: Sí. Sí. GFP 20:417 - Si hay alguien legítimo para poder abordar y... y con franqueza eh... el buscar solución al tabaquismo somos los sanitarios. GFP 20:479 - Entonces en ese sentido yo creo que sí, que estamos legitimados para poder intervenir. GFP 20:480 </div> <div data-bbox="378 844 1890 1299"> <p>Usuarios</p> <ul style="list-style-type: none"> - No creo que haya que poner ningún límite, porque lo que está haciendo lo hace en pro de esa persona que tiene delante. U3 15:18 - Yo creo que hasta cierto punto sí. Porque, al fin y al cabo, es una cosa que va en contra tuya. Y si vas a un médico para que te cure el esguince, lo lógico es que te diga esto es lo que hay, esto es bueno y esto es malo. Tú tienes la opción de decidir si sí o si no. Pero yo no lo veo mal. U113:21 - Yo creo que el médico puede llegar hasta todos los sitios. Es una persona que puede decirte las cosas. Eres tú quien tiene que tomar las decisiones, pero el médico sí que puede llegar. Igual que cuando vas a que te operen preguntas lo que es bueno y es malo, lo que puede o no puede pasar U113:23 - Pero yo creo que sí que tiene, por lo menos, el derecho de decirlo. Que a la persona que se lo digan no le parezca bien, eso ya es otra cosa. U1 13:24 - Yo creo que sí, que el médico sí, antes que cualquier persona de la calle o que cualquier vecino que me diga “es que fumar es malo”. Yo creo que el médico es el que lo debe decir. U1 13:25 - Digamos que la primera persona es el médico de cabecera U4 16:24 - Es que por ayudar, podría ayudar hasta un vecino. Por decir algo, hasta un vecino, hasta un hijo, hasta quien sea... Pero yo creo que en primer lugar el médico. U3 15:33 </div>
------------------------------------	---	--	--

1.1 Legitimidad de la intervención	1.1.2 Es una medida para la prevención y promoción de la salud		<div data-bbox="373 261 1894 1258"> <p>Profesionales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pero la potenciación de los hábitos saludables en nuestra población yo creo que, o sea si eso se le va al médico de familia de la cabeza, deja de ser médico de familia. P7 7:10 - Ahora, que nuestro objetivo tiene que seguir potenciando esos estilos de vida saludables. P7 7:16 - Yo pienso que estamos trabajando con la salud, y forma parte de tu trabajo y te están pagando ¿Por qué?, por tu trabajo y tienes que hacerlo. Eh, hay que partir de que la recaída forma parte del proceso del fumador. O sea eso es así. Y tienes que trabajar con esto. P8 8:25 - Lo otro lo tenemos que hacer igual, es que igual que mirar la tensión tienes que mirar el tabaco. La gente se te muere igual de una cosa que de otra. Entonces, ¿Ingrato? A ver, tú tienes que hacer las cosas lo mejor que sepas. P8 8:26 - Es que, al individuo sano, dices ¿Cómo le vas a cambiar un hábito que le gusta y que ya lleva años y que encima es una adicción? Pero ahí está el reto ¿no?. P8 8:38 - yo creo que sí, que si, al fin y al cabo si estamos trabajando para la salud debemos promover la salud. Y en Primaria la base es la prevención y la promoción de la salud. P10 10:21 - Hombre, son actividades preventivas. GFP 20:419 - De hecho en la parte de medicina... en la... en la... en Primaria en el O.M.I. ¿Vale? que todos conocemos, sí que hay un paquete en la cartera de servicios referente al tabaquismo y a las... los consejos antitabáquicos y preguntas. GFP 20:421 - Unas herramientas de intervenciones breves, está probado que esas intervenciones breves repetidas al cabo de una serie de visitas con una espontaneidad y una relación cordial y afable con el... como se lo estás contando, pues al final puede producir un efecto beneficioso, que ese paciente se enganche en el círculo de la deshabituación. GFP 20:488 - Pero si tú tienes un paciente que viene a hacerte un control y que son pacientes tuyos y tal, con las preventivas lo lógico es: ¿Qué tal la dieta?, ¿Fumas?, ¿No fumas?. GFP 20:430 - Te dicen, las actividades preventivas son precisamente cuando en el momento en que uno viene por una baja ¿Qué le pedirías?. GFP 20:436 - El profesional tiene el deber... el deber de... de preguntarlo. GFP 20:441 - Pues es una responsabilidad que está allí pero bueno, pues como... igual que te voy a pedir el PSA para mirar a ver, porque ya tienes 50 años, o cuarenta y tantos y no te he hecho ninguno. Igual que te pido esto, pues te hablo de esto. Depende del paciente ¿No? Y lo dejas ahí encima de la mesa. GFP 20:550 - Exactamente, un estilo de vida, como el sedentarismo. Igual. GFP 20:629 - Porque al final no es solo una adicción, que lo es, una dependencia, sino que es también un estilo vida, o se vincula por ejemplo, el acto de fumar a ciertos momentos que tienen que ver con la vida. GFP 20:630 </div> <div data-bbox="373 1258 1894 1385"> <p>Usuarios</p> <p>No hay datos</p> </div>
------------------------------------	--	--	---

1.1 Legitimidad de la intervención	1.1.3 Confianza y relación clínica		
	Profesionales	<ul style="list-style-type: none">- Pero luego el seguimiento que se hace con el paciente fumador para la prevención de recaídas tan solo tienes que hablar con el paciente no hay nadie que conozca al paciente mejor que el médico de atención primaria. Porque además conoce al paciente y a todo su entorno, que hemos comentado un poquito antes. P5 5:38- Yo creo que sí, yo creo que es desde donde se debe abordar. Porque realmente muchas veces es en Primaria donde la gente se conciencia o tiene más confianza con el médico para iniciar la deshabituación, que porque se lo diga un especialista. P10 10:8- Entonces yo creo que sí que ese tipo de cosas hay que hacerlas pero hay que tener mucho cuidado... GFP 20:428- El tema de la confianza es un tema. ¿Creéis que la confianza, digamos, es la base para que esto entre? Varios: Fundamental. GFP 20:438- Yo creo que en la relación sobre todo médico o enfermera-paciente es que es básica la confianza. GFP 20:544- Quiero decir, si el paciente tiene confianza en tí, da igual que tú le echas la bronca porque él se lo va a tomar bien. Quiero decir, que tengas la confianza suficiente para renegar del problema. Es decir, si tú le dices: “Mira, es que estás fumando”. Y él te dice: “¡Oiga! ¿Por qué me dice eso?” Me está... Que tengamos la... que creemos el clima de un debate... GFP 20:545- La idoneidad de cómo se interviene, sin saltarte a la torera los derechos del que está delante porque no quiera escuchar o porque tú notas que no está receptivo, esa habilidad la tenemos que conseguir tener nosotros, ¿no?. GF20:481- Esa habilidad es la que a lo mejor nos falta. GFP 20:493- P5: Tú notas... tú notas si él está receptivo a recibir esa información.- P2: Claro. Y si no lo está lo dejas caer. Y ya lo trabajarás...GFP 20:452	
	Usuarios	<ul style="list-style-type: none">- Es que una cosa es lo que te puede decir y otra cosa es cómo te lo debe decir. Para mí, lo debe decir. Pero todo depende. Todos tenemos un mal día, un mal momento, y a lo mejor te coge mal y lo sueltas mal. Pero yo creo que sí, y más si es por una cosa respiratoria, es lógico que te lo diga. U1 13:26- Bueno, si el médico -lo doy por hecho- tiene el tacto y la habilidad suficientes, no creo que tenga límites. U3 15:16- Sí, que sepa hacerlo, no plantearlo como una tragedia griega. U3 15:19- Si es con mucha habilidad, ¿por qué no? Porque el tabaco no sólo afecta a... afecta a muchas cosas del organismo, usted lo sabe mejor que yo, estoy convencido de que es así. U3 15:28	

1.2 Compromiso del profesional	1.2.1 Motivación e implicación		Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Bien, yo estoy de acuerdo, pero que para eso también lo que hace falta es compromiso del profesional, su implicación o motivación del profesional. GFP 20:568 - Por eso te digo que hace falta implicación también del profesional. GFP 20:571 - Aunque, lo que hemos hablado, que, de manera reiterativa, poca intervención, una intervención corta hace efecto, para esa intervención el profesional tiene que estar implicado. Está claro. GFP 20:572 - Y ya luego, según el interés que nosotros, aparte de eso, del interés de nosotros como profesionales metamos con él, con el paciente. GFP 20:423 - Pero, yo creo que ahí también está la motivación del profesional. El decir, a ver, tengo que conseguir esto, pues voy a hacerlo P2 2:10 - Yo, por ejemplo, que soy una persona que ahora mismo voy de contrato a contrato a salto de mata en cualquier lao, pues es que tampoco... este ritmo de situación laboral no me permite poder especializarme en algo o... GFP 20:470 - Porque no puedes iniciar un... una atención a alguien, si luego tú no la vas a seguir. GFP 20:471
			Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - Casi siempre que venimos a su consulta se suscita el tema y yo me quedo maravillado con el interés que pone porque ya podría decir: "Si quieren fumar que fumen y que hagan lo que les dé la gana". Nada. Insiste, insiste. Y veo algo vocacional aquí. De verdad, merece la pena. U3 15:1 - Yo creo que sí, que debería de generalizarse un poco más en la profesión médica, pero es lo que le decía antes, creo que es algo vocacional. U3 15:30

1.2 Compromiso del profesional	1.2.2 Formación	Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Igual que te intensificas la formación en diabetes o hipertensión pues porque sabes que es tu tarea... una de tus tareas más principales o fundamentales. P11 11:65 - Hay poco personal de enfermería implicado en el tema del tabaco. Yo he trabajado en muchísimos centros de salud y creo que he visto a lo largo de mi vida profesional, que ya son 20 años a dos o tres enfermeras motivadas con el tema del tabaco. Yo creo que habría que insistir más, impulsar la formación de enfermería en este campo. P2 2:16 - Lo que ocurre es que hay que tener formación en tabaquismo, como en todo. Y el profesional no tiene, la mayoría de ellos, mucha gente, no tiene formación en tabaquismo y lo ven como que esto es un vicio, que esto es una cosa de voluntad y san se acabó y aquí el que quiere fuma y el que quiere no fuma y que cualquiera puede dejarlo. Entonces, no pierden dos minutos en una pequeña intervención, pero es por falta de formación. P4 4:23 - Es que efectivamente formación hace falta. Y sobre todo hace falta mucha formación en técnicas de modificación de conducta, técnicas psicológicas. Ahí sí que hay que meter mucha caña, porque la entrevista motivacional y todo este tipo de rollos van por ahí, van por ahí. Y te sirven para todas las toxicomanías y técnicas de dirección de grupos y cosas de estas. P4 4:41 - A ver, tú tienes que hacer las cosas lo mejor que sepas, ¿no? Y formarte para hacerlas incluso para esa ingratitud también de que veas que el paciente no deja y vuelve y vuelve. P8 8:27 - ¿La formación de los profesionales? Es que hace falta mucha. Hace falta mucha. P8 8:30 - Pero no formación de que sepas lo que hay que hacer, de tal... si no cómo lo tienes que hacer. P8 8:31 - La gente motivada va a ir a los cursos. Y lo va a hacer. Con el fumador va a trabajar. Y la gente que no está motivada por el tema del tabaco, porque a lo mejor fuma, porque a lo mejor nunca lo ha visto necesario, porque a lo mejor lo ve ingrato, muy poquito se va a conseguir. Pero hace falta formación, eh? O sea pero más el cambio de actitud. P8 8:32 - Pero sí que hace falta un poquito, más que de medicación o formación... de actitud y de técnicas un poco de educación sanitaria. De cómo al paciente le puedes ayudar, le puedes dar la vuelta. P8 8:35 - Yo tuve la suerte cuando vine de Huesca de hacer un curso aquí en Zaragoza, en la Facultad de Medicina que me pareció espectacular, y a partir de entonces sí que es verdad que buscas la manera de afrontarlo. GFP 20:461
			Luego la gente que está ahí un tiempo, sí que es verdad que la gente que tiene interés se hace cursos y lo que sea. GFP 20:469
		Usuarios	No hay datos

1.3 Responsabilidad de enfermería en tabaquismo	1.3.1 Actividades preventivas	Profesionales	<ul style="list-style-type: none">- Ellas saben más de estilos de vida y cómo abordar. P8 8:49- Me parece fundamental. A veces consiguen más que nosotros. Porque están más en contacto, porque les lleva más controlados de tensión, de azúcar. P10 10:11- La enfermera sí que tiene un papel y de hecho lo emplea en el contexto de lo que es actividades preventivas. Es decir, igual que la enfermera en el contexto de las actividades preventivas toma la tensión y si ve que es alta hace las tomas de tensiones seriadas para ver si, hacer el, llegar al diagnóstico o le recomienda a una mujer que se haga citologías u otras cosas, así pues también pregunta sobre el hábito tabáquico y da consejo breve. P1 1:64- Sí, pero enfermería en los centros de salud. Hombre, depende de cómo te organices la consulta pero son ellas las que hacen las actividades preventivas al paciente y las que, muchas veces son las que recogen si el paciente tiene ese hábito o no. P2 2:17- Para mí la enfermería, en el tema de la prevención, y es una cosa más y es estilo de vida, es fundamental. Y de hecho está claro que había que haberlo trabajado mucho más con enfermería. P8 8:41- Consejo mínimo y un poquito abordaje también ¿eh? Ya no tratamientos, si quieres, pero abordaje. Porque es que es mucho pautas de conducta P8 8:45- Si yo a lo mejor le he puesto un tratamiento. Incluso ellas lo pueden poner. Yo para esas cosas creo que hay una parte de tratamientos que ellas pueden poner. Si los ponen los farmacéuticos ¿Por qué no los van a poder poner las enfermeras?. P8 8:46- El problema son los factores de riesgo que nosotros tenemos, que son los que enfermería tenemos que tratar GFP 20:462- Todas las consultas de enfermedades crónicas deberían ser supervisadas por personal de enfermería. P12 12:39- Nosotras no curamos: nosotras cuidamos. GFP 20:473- Moderador: ¿Creéis que la enfermera tiene mayor posibilidad o tiene responsabilidad, o un papel en este tema, del abordaje del tabaquismo?.- Varios: Sí, sí, sí. Total. Muy grande. GFP 20:458- Sinceramente, es el profesional idóneo, enfermería. En mi opinión es el profesional idóneo para, al menos, poder hacer seguimiento y prevención y promoción de esto porque precisamente para eso estamos. GFP 20:472- Y entonces yo creo que es el profesional idóneo que se tendría que hacer cargo de este tipo de tareas. GFP 20:474
		Usuarios	<ul style="list-style-type: none">- Yo creo que sí. Todo lo que sea darte información, es bueno. Mientras estás escuchando, puede que algo se te quede y digas “pues a lo mejor tienen razón” en un momento determinado. U1 13:30- Yo creo que también... en el Clínico también una enfermera me lo dijo. U6 18:15- Primero, porque tengo médico de empresa y después, porque lo que hago es que, como tengo tensión, lo que vengo solamente es a la enfermera. Entonces, vengo a la enfermera y la enfermera es la que más me ha dicho de dejar de fumar. U2 14:30- ¡Uy, la enfermera!. La enfermera es la que más me dice lo del tabaco!. U2 14:29

1.3 Responsabilidad de enfermería en tabaquismo	1.3.2 Confianza	Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - En enfermería tenemos posiblemente algo de más tiempo en lo que son las consultas. GFP 20:459 - Porque además, en lo que hablábamos de la relación de confianza, creo que el paciente muchas veces, yo por ejemplo lo he notado, que es que te viene a preguntar todo lo que trae por... no sé si por miedo, por respeto al médico... no sé exactamente por qué. GFP 20:475 - Nos ven más cercanos. Nos ven más cercanos y se abren mucho más que con el médico. Sí, yo creo que sí. Creo, creo que sí. GFP 20:477 - Hombre la enfermera allí tuvo un papel muy bueno, eh?. La enfermera que había antes en ese aspecto trabajó muy bien eh? Si y yo creo que ella les pasaba cuestionarios, hablaba mucho con ellos... Además a ella le gustaba mucho la Psicología. P3 3:11 Fundamental, fundamental. Es más enfermería dispone de más tiempo por paciente para poder abordar este tipo de temas. Si en las consultas de Atención primaria tenemos entre 5 y 7 minutos por paciente y enfermería tiene entre 15, alrededor de 20 minutos por paciente, se pueden abordar más temas. Además habitualmente el paciente cuando acude a consultas de enfermería está mucho más relajado. Está más relajado y no hay tantas barreras como se plantean entre el facultativo y el paciente. Entonces es fundamental la labor de enfermería y enfermería podría hacer una deshabituación tabáquica completa, sin necesidad de que interviniese por ahí un facultativo. P5 5:34
			U. No hay datos
	1.3.3 Coordinación entre médico y enfermera	Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Bueno, si ellos, por lo que fuera, pues compartir el paciente una vez que le has puesto un tratamiento pues las visitas de seguimiento las pueden hacer muy bien las enfermeras: Cooximetría, ver el peso, el motivarle, el ver cómo ha ido. Conjuntas, ¿no? Claro y nosotros también es una forma que se abordaría mucho más. P8 8:47 - Pues enfermería lo mismo. Tendríamos que haber estado nosotros más de segunda, de filtro, y ser ellos los que llevasen la consulta de tabaco. P8 8:43 - Ser enfermería la que captase, la que ayudase y tal y nosotros un poco ser la consulta de, de especialista entre comillas. P8 8:42 - Yo creo que tendríamos que trabajar en conjunto, más que... Primero porque en Primaria no tienes el tiempo suficiente y a veces te faltan, te falta experiencia. P10 10:10 - Todas las consultas de enfermedades crónicas deberían ser supervisadas por personal de enfermería. Y trabajar en tándem. P12 12:41 - Tiene que haber un nexo de unión entre medicina y enfermería. GFP 20:478 - Y entonces ahí es donde está enfermería y medicina. GFP 20:489 - "Mira, a partir de ahora te voy a programar con mi enfermera, con Mari Luz, y ella ha tenido muchos éxitos con este tipo de pacientes y entre los dos vamos a intentar a ver si conseguimos que dejes de fumar. GFP 20:491 - O, por ejemplo, cuando vienen los resultados de unos análisis o un control de enfermería, la relación enfermera-médico, el binomio en sí, el que ellos noten que hay un buen... un buen... profesionalmente, pues tú dices "Esto ya te he contado yo algunas cosas, pero Mari Luz te va a explicar esto más al detalle. Te propondrá unas cosas e incluso, si al final se decide una medicación o algo de apoyo porque lo necesites, pues ya hablarás otra vez conmigo". GFP 20:551
			U. No hay datos

1.3 Responsabilidad de enfermería en tabaquismo	1.3.4 Formación en tabaquismo		Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Hay poco personal de enfermería implicado en el tema del tabaco. Yo he trabajado en muchísimos centros de salud y creo que he visto a lo largo de mi vida profesional, que ya son 20 años a dos o tres enfermeras motivadas con el tema del tabaco. Yo creo que habría que insistir más, impulsar la formación de enfermería en este campo. P2 2:16 - Siempre y cuando la enfermera esté por la labor y tenga formación, claro. P10 10:12 - Yo es que no creo que se lo debamos de dar, creo que lo tienen que coger ellas. P10 10:13 - Tienen que tener capacidad de decidir ante determinados problemas de salud porque para eso tienen un grado, unos estudios, en los que tienen que conocer y conocen cómo funciona la diabetes, cómo funciona la hipertensión. P12 12:40 - Yo hice un curso de tabaquismo hace muchos años, y yo hasta entonces no me atrevía a abordar el problema. Quiero decir, abordar un problema cuando yo no sé plantear soluciones no me atrevo, no me atrevía con el tabaco, no me atrevo con el alcohol, no me atrevo con las drogas, porque es un campo que a mí se me escapa. GFP 20:460 - Por ejemplo, con el tema de la obesidad, por ejemplo, al igual que con el tabaco, eh... lo que dice ella, o sea puede ser que tengas miedo a abordarlo porque no sabes bien... no puedes poner una dieta, no... No sabes bien cómo controlar eso. GFP 20:468 - Pero a lo mejor, posiblemente en ese campo no estemos lo suficientemente bien preparados. GFP 20:463 - Es que nadie nos ha preparado. GFP 20:465 - Yo creo que en eso tienes toda la razón. GFP 20:464
			Usuarios	<p>Creo que hay campos de prevención y... promoción en enfermería que no los conocemos, no los conocemos. GFP 20:466</p> <p>No hay datos</p>

1.4 Ejemplaridad del profesional	1.4.1 Deber de ejemplaridad		
	Profesionales	<ul style="list-style-type: none">- Yo pienso que sí, que hay un deber de ejemplaridad en el profesional. O sea, no creo que seamos religiosos de la medicina, pero en cierta manera, sí. Y yo creo que la persuasión es una de las maneras... Los niños aprenden lo que ven y en cierta manera el aprendizaje se basa mucho en eso, también en los adultos. Yo creo que eso es así. P3 3:22- Yo creo que la ejemplaridad es fundamental. La ejemplaridad, a ver, básica, podíamos decir. P3 3:35- Yo creo que sí, yo creo que hay que dar ejemplo. Si no das ejemplo no puedes convencer a nadie. O sea, si yo digo que no fumen y luego me ven fumar no puedo convencerlos, porque lo primero que me van a decir es que lo deje yo. Y yo si que llevo mucho cuidado en dar ejemplo en este tema. Tanto en el tabaco, como en otros aspectos. P10 10:28- Yo, por ejemplo, he estado en Atención Primaria y cuando se les ha hablado del tabaco, que a mí sinceramente se me caía la cara de vergüenza, porque digo luego, encima en Huesca, te ven por ahí y te ven con el cigarro y tú habiéndoles taladrado con el tabaco. O sea, es un... o sea, era... el conflicto lo tenía yo más conmigo misma, el moral. GFP 20:444- Entonces yo salía del Centro, estaba deseando terminar la consulta y salir a la calle a fumarme un cigarro. Claro, procuraba que nadie me viera, pero cuando a lo mejor me iba a domicilios e iba fumando y un paciente: "¡Hombre! y tú eres la que dices que...". Claro... yo... me parecía aberrante que yo te esté diciéndote a ti que no fumes y me veas a mí. GFP 20:596- Pero aún con todo, volviendo a la pregunta que hacías, me pesa muchísimo y me influye muchísimo el yo tener unos hábitos de vida eh... no saludables por ejemplo, tanto en el tabaco por ejemplo, o cuando dices que tienen que hacer deporte y tú no lo haces, no es mi caso. Pero quiero decir... o cuando dices que tienen que comer bien, que tienen que comer bien y tú no lo haces, a mí sinceramente me genera un conflicto grande. GFP 20:593- El conflicto lo tenía yo más conmigo misma, el moral. GFP 20:445- La parte que yo ejercía como de hacerme abogada del diablo poniendo a parir el tabaco. GFP 20:446- Lo que pasa que yo en mí, en mi individualidad y en mi personalidad no quiero ser modelo de nadie. GFP 20:606 <p>Entonces, para mí es lo mismo, por eso me refiero que no quiero ser modelo de nadie en ese aspecto, porque yo si no me siento, entre comillas, culpable. GFP 20:607</p>	
	Usuarios	<ul style="list-style-type: none">- O será médico o será otra cosa, pero primero hay una persona y tomas las decisiones que tú quieras, estés más o menos dedicado a tu trabajo. No tiene nada que ver. U1 13:37- Yo creo que no. Porque ante todo está la persona o el ser humano. Entonces, tomas la decisión que quieras, depende de tus tareas. Yo sí que he visto con mi padre, cuando estuvo en el médico, decirle "Esto es malo". Y llegar y cogerle un cigarro y decirle: "pues esto es para luego, me lo fumo". Eso delante de mí, en la consulta. U1 13:39- Pero no. ¿Por qué no van a fumar los médicos, si los demás fumamos? U3 15:21 <p>Pero él puede no querer dejar de fumar. "Oiga, yo no quiero dejar de fumar, pero usted si quiere dejar de fumar tiene que hacer esto, esto y esto". ¿Y usted por qué no lo hace? "Porque no quiero dejar de fumar, punto" O sea, no es cuestión de ejemplo. Yo no quiero dejar, pues no lo dejas. "Ahora, sé cómo: Puedes hacer esto, esto y esto". Quiero decir, que el que lo vea con un cigarro o no, a mí me da igual. GFU 19:470</p>	

1.4 Ejemplaridad del profesional	1.4.2 Imagen social		Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Ese tema yo creo que también es importante cuidarlo, el tema del, digamos, del que te vean fumar. P4 4:26 - Quítate la bata y salte a la calle. Pero quítate la bata que es tu casco, tu mono de trabajo. Cuestión de imagen. Es una imagen. Y date el piro. Pero esto de los hospitales que esté la gente fumando con la bata ahí como posesos, cuatro o cinco tíos. ¡Bueno, es horroroso, hombre!. Eso es una imagen corporativa horrorosa, vamos. P4 4:28 - Si tu quieres fumar, quítate la bata, macho. No dejes la imagen corporativa...Que tú eres un sanitario. Estás trabajando por la salud, no por la enfermedad, estás trabajando por la salud y si eres pro salud "¡Joder, pues quítate la bata y fúmate el cigarro y nadie te ve!. P4 4:34 - Las mujeres fuman ya casi igual y sobre todo profesiones sanitarias, tipo enfermería, son las que más, más fuman, más que médicos mujeres. P8 8:16 - Quiero decir sí que nosotros tenemos mucha responsabilidad en las medidas preventivas, y sí que nosotros nos tenemos que... quiero decir, tú puedes fumar, pero puedes fumar en tu casa. GFP 20:604 - Tú si eres fumador no puedes ser médico de familia, o médico de lo que sea. Es tener una consulta y decir a un paciente: "Tienes que dejar de fumar" y que salgas a la una y media o las dos y en la misma puerta te estés fumando... porque es que el paciente baja...GFP 20:605 - Y ellos tienen fiestas privadas porque ellos sí que consideran que sus hábitos... ellos pueden tener los hábitos que quieran, pero ellos saben que son una imagen para la sociedad y que, como tal imagen, no pueden tener unos hábitos tóxicos. GFP 20:584 - Y luego igual son los que más fuman, pero fuman en un bar privado que se cierra para ellos, porque ellos consideran que ellos tienen que tener un ambiente... GFP 20:586 - Claro, es nuestra cultura. Te doy la razón. Por ejemplo, yo acabo aquí una mañana a las 3 de la tarde, que acabo de esto, me junto con un compañero y me siento en una terraza y me tomo una caña. [Ríe] ¿Entiendes? Y parece que hasta es una cosa espontánea y una cosa pues... pues de lo más natural. GFP 20:587 - Es algo con lo que se debe trabajar, ¿No? Con que aquí hay esa cultura. GFP 20:592
			Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - Evidentemente aunque sólo sea por ética ¿no? Que al doctor no se le vea el tabaco y tal y cual. Con todo lo que es. GFU 19:471 - Otros signos no lo sé, pero desde luego que a la vista no huela a tabaco, que no haya ningún signo que indique que es fumador. GFU 19:472

1.4 Ejemplaridad del profesional	1.4.3 Capacidad de convicción		Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Pero sigo pensando que si lo tienes en la cabeza es igual, aunque tú no hayas dejado de fumar ¿no? Que no, no se merman las posibilidades de convicción. P7 7:19 - Y yo, pues vamos, yo en mi caso he conseguido que... que claro, que como tú misma dices me avergüenzo porque yo soy la primera que fumo y fumaba a escondidas, pero sí que he conseguido que mucha gente dejara de fumar. GFP 20:527 - Que lleva a lo mejor incluso el mechero en la bata... - P12: Sí, sí. Eso sí puede influir. P12 12:45 - ¿En qué medida esto puede influir en nuestra actuación con el paciente? - P6: Muchísimo. GFP 20:589 - Es decir, yo lo que no sé es si a un paciente le refuerza más que alguien que lo esté viendo y que le diga que no fume sea fumador o no fumador. Que diga "sí, sí, que yo me quite de fumar, pero usted fuma. Que yo me quite de beber, pero usted bebe". P12 12:44 - Pero aún con todo, volviendo a la pregunta que hacías, me pesa muchísimo y me influye muchísimo el yo tener unos hábitos de vida no saludables. GFP 20:594
			Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - Yo creo que sí, que es muy importante. Yo, con lo de fumar no sé, pero cuando te dicen: "Adelgaza" y resulta que el señor no cabe en la silla. Dices, pero bueno, ¿Qué me está contando este señor? ¿Que tengo que perder tres kilos y él tiene que perder 35? GFU 19:468 - Pero, a ver, tú vas al médico y le dices: Oiga, quiero dejar de fumar. Y tiene un paquete encima de la mesa... Lo que te va a contar ya no te lo vas a creer de entrada. GFU 19:46 - Pero el que un tío que te esté diciendo te estás matando, no se qué... Y que esté haciendo él lo mismo. "Y es que lo tienes que dejar porque te estás no se qué..." Pero bueno, ¿Qué me está contando? GFU. - 19:560 - Esos signos yo creo que al no fumador le dan igual. "Este fuma". Para mí el problema es cuando lo estás intentando dejar y entonces te aparece el médico. Te aparece una enfermera fuera del consultorio fumando. "Buenas tardes". Y te estás acordando del tabaco, no porque sea médico, sino simplemente porque es otro recordatorio más. GFU 19:473 - Bueno, otra cosa sería que ese doctor que yo viera que fumara como carretero, como se suele decir, tratara de convencerme de que dejara de fumar, le diría: "Autoconvénzase antes". U3 15:21 - Pero es verdad que a la hora de convencer, ¿convence más un médico que fuma que uno que no fuma? - U3: No, no me convence igual. U3 15:22 - Si a mí me dice que no fume y yo veo que está con el paquete de tabaco, le diría: ¿qué me estás contando?. U4 16:21 - Si la viera a ella con su paquete de tabaco le diría, porque ya llevamos años juntos, le diría: Oye doctora, me estás diciendo que no fume y tú tienes ahí el paquete de tabaco, ¿no? Un poco ilógico. U4 16:22 - Claro, si llevas unos dedos totalmente amarillos, vamos a ver, entonces no tienes ningún tipo de... no sé cómo decirlo... U2 14:26

A2. Cuestiones de autonomía

2.1 Libertad de la decisión de inicio	2.1.1. Libertad condicionada		Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Quiero decir, libertad la hay pero condicionada, como en todo en esta vida, siempre condicionada por las circunstancias que te están rodeando. Hay una serie de circunstancias que te van empujando hacia un camino ¿no?. P1 1:3 - Lo que tiene que saber es tener conocimiento, porque si no le das conocimiento o le das... no tiene tampoco libertad para elegir. P1 1:49 - Lo que pasa que muchas veces lo que pasa es que la edad en la que se empieza a fumar no existe la suficiente maduración de la persona como para poder ejercer esa libertad plenamente. P1 1:68 - Entonces ahí, hombre, la libertad, claro, son libres, porque lo están decidiendo ellos, pero esa libertad está un poco arrastrada por el resto de las opiniones de sus amigos. P2 2:22 - No, vamos, yo estoy convencido de que no es un acto de libertad. P3 3:30 - la libertad no es una libertad bien entendida. Se es libre cuando se sabe todo, ¿no?, en cierto modo, y ellos no lo saben la segunda parte, pero bueno. - Cuando no se tiene la... toda la información no se es libre. P20 20:381 - Un niño a los 12, a los 13 o a los 14 años no es libre prácticamente de nada. P12 12:2 - Por lo tanto, esa libertad en cierto modo, no existe. P12 12:4 - Mira, en principio, yo creo que al principio sí que hay un periodo de tiempo en que el adolescente puede decir que no. P4 4:49 - O sea yo pienso que, que sí que hay un tiempo en que ellos se plantean el seguir adelante o no seguir adelante eh? P4 4:51 - Claro, claro, siempre se conserva una parte de la decisión personal, ¿No?. P7 7:27 - Que luego la decisión es de uno sí, lógicamente, el cogerlo o... o rechazarlo...GFP 20:341 <p>Decisión individual. GFP 20:502</p>
			Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - Bueno, yo le diría que media libertad. Porque libertad absoluta sería si viviera solo y el entorno no pudiera influirle. U3 15:2

2.1 Libertad de la decisión de inicio	2.1.2. Hoy tienen información		Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Lo que tiene que saber es tener conocimiento porque si no le das conocimiento o le das... no tiene tampoco libertad para elegir P1 1:49 - Porque tienen mucha información de lo que realmente es el tabaco. P2 2:24 - Sí que tienen información. P4 4:57 - Entonces, de algún modo, sí que saben que el tabaco provoca enfermedad, que provoca muerte, que sí, que puede enganchar y ellos. P5 5:1 - Sí que puede estar informado en la medida de la información de un adolescente. P7 7:1 - Pero, vamos, creo que con los mecanismos de información que hay ahora, eh... yo creo que sí, que la persona es responsable y lo sabe y decide seguir fumando. P7 7:2 - Yo creo que información la tienen, en general. En general se tiene información. Esto es un tema de educación sanitaria8:1 - Yo creo que de falta de información no. P11 11:3 - Yo creo que sí. Yo creo que información... ahora los críos tienen toda la información en el colegio, en... Yo creo que sí. P11 11:4 - Esa información que tienen es tremenda. GFP 20:353 - Esos jóvenes yo creo sí que tienen más información y saben lo que se están jugando ahí. GFP 20:354 - Sí que es verdad que ahora más información, lo cual eso les hace más libres. GFP 20:396 - Pero el ejemplo que tú has dado, que es uno personal, de que tú tomaste la decisión solo tú, sí que es verdad que tú tomabas la decisión con todo el libro: volvemos a las libertades que ha dicho él. O sea, con toda la información. GFP 20:580 - Tú tomaste la decisión sólo, porque tenías toda la baraja de información. Entonces fue una decisión totalmente libre y personal. GFP 20:582 - Y eso es por una... no creo que sea por un nivel educativo bajo: te estoy hablando de personas que a lo mejor han ido hasta a la universidad, sino porque no tienen toda la baraja. GFP 20:583 - El 95% de la población con dos dedos de frente sabe que el tabaco es malo, o sea que el fumar no es bueno, eso está claro, ¿no?. GFP 20:635 - Está claro que hay pacientes que no tienen libertad porque desconocen los riesgos y los problemas del tabaquismo, lo desconocen por completo y es un... es un mundo a lo mejor en el que... en el que no hayan recibido información por una educación o por un acceso a una serie de circunstancias y esa gente pues está abocada al entorno. ¿no?. GFP 20:345 - Y hay personas, y eso es verdad, que no tienen toda la información, pero no sólo del tabaco, sino por ejemplo de la diabetes; es que hay personas que le diagnostican diabetes y nadie les ha explicado, o sea nadie les ha explicado nada de la diabetes, y no han sido capaces... y no han sido capaces por ejemplo ni de mirar en una revista, por supuesto, pero ni siquiera de cogerse un libro en la biblioteca y leerse qué es la diabetes. GFP 20:581 - Esos jóvenes yo creo sí que tienen más información y saben lo que se están jugando ahí. GFP 20:354
---------------------------------------	-------------------------------	--	---------------	---

			Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - Yo quiero decir que sí hay una buena publicidad y una buena información. Sobre todo una buena publicidad que será una buena información, eso influye bastante para dejar. GFU 19:452 - La publicidad buena es la que da resultado. La que da resultado. Con los accidentes de tráfico es la campaña que visteis que mirabas a la tele y girabas la cabeza porque daba miedo. Pues esto es igual. Enfermos terminales, conversación, gente que se echa a llorar cuando ya es tarde, no lo sé. Y que la gente que diga, esto es lo que hace el tabaco. Punto y final. GFU 19:456 - Fumar es... Fumar mata. Fumar mata. Y es lo que hablábamos un poquito de la publicidad. La publicidad...GFU 19:551
2.1 Libertad de la decisión de inicio	2.1.3. No tuvieron información		Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - En ningún momento hace 41 años se hablaba de los riesgos. Eh? Que yo creo que empezaron en los años 70, ¿no? Además fue un estudio del colegio de médicos inglés. ¿No fue así? Que fue el primero que yo creo que fue el primer aldabonazo. Que impactó, exactamente. Pero vamos, yo creo que ahora sí que están mucho más informados. Muchísimo más. Lo que pasa es que a lo mejor eso genera rechazo en un adolescente. Eh?. P3 3:3 - Hombre, yo creo que ahora más que cuando empecé yo. P3 3:32
			Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - No, y muchísimo menos entonces. U1 13:9 - Hace muchos años no tenías toda la información que tienes hoy. U1 13:15 - No valorabas... no había tanta información como hay ahora. GFU 19:370 - Nosotros en aquella época no sabíamos que el tabaco era malo. GFU 19:375

2.1 Libertad de la decisión de inicio	2.1.4. No son conscientes de los riesgos		Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Saben de forma genérica. Pero tienen la convicción de que si reducen y fuman un poco menos que tampoco les va a afectar ni les va a pasar nada. Que no es tan importante. P1 1:52 - Entonces muchas veces se meten más en lo que están haciendo sus compañeros, sin saber las consecuencias que puede tener el tabaco, a pesar de toda la información que tienen. P2 2:2 - Le incorporan de hecho sustancias adictivas que las desconocemos. No es la nicotina eh? No creo que sea la más adictiva. P3 3:5 - Lo que pasa que no, que cuando se es joven, no se es consciente de, del riesgo. - No, no, no. No es consciente. P4 4:43 - Y si no, mira todas las cosas de riesgo que hacen. Es que no se es consciente. Eso va inherente. P4 4:58 - Tampoco son conscientes pues que realmente el tabaquismo pasivo pues les puede afectar y afecta a los de su entorno. P5 5:3 - Ellos tienen información, pero no tienen ni idea de la repercusión que les va a llevar el comenzar a fumar. Tienen información, saben que es malo pero, claro, ellos lo ven a muy largo plazo, lo de adolescentes ¿no? P8 8:2 - ¿Conscientes? Pues no, conscientes no se es consciente de la repercusión, lógicamente. Si se fuese consciente, creo que no se empezaría tan alegremente a fumar. P8 8:4 - Yo creo que conscientes no son, información sí que tienen, ¿Vale? P8 8:6 - Ellos información, la tienen pero conscientes no son y no saben los riesgos. P8 8:7 - Ahora, cuando eres joven no ves los riesgos de muchas cosas entre ellas el tabaco, el alcohol o otra serie de, de sustancias. P10 10:4 - Yo creo que sí que tienen información lo que pasa es que no ven los riesgos. Información tienen. P10 10:5 - Libres sí, conscientes no. P11 11:1 - Porque piensas que lo vas a poder dejar. GFP 20:329 - P2: Piensan que no pasa nada, que no hay ningún problema, y cuando te quieres dar cuenta ya no... ya te has... - P1: ...ya te has enganchado. GFP 20:336 - Está claro que hay pacientes que no tienen libertad porque desconocen los riesgos y los problemas del tabaquismo. GFP 20:344 - Y cuando ellas fueron conscientes de que verdaderamente había un riesgo, un peligro y... pues han dejado de fumar y ahora son las mayores detractoras del tabaco. GFP 20:364 - Ni piensan si están perdiendo libertad o no. GFP 20:411 - Y hay otra, un grupo de... de gente joven que conociendo... conociendo verdaderamente los riesgos de que supone el, eh... los sanitarios, el riesgo de dependencia, de enganche, la dificultad para retirar eso, pues aún así consiguen no... No vencer esa objetividad, no tienen esa capacidad de racionalizar eso. GFP 20:349
---------------------------------------	--	--	---------------	---

2.1 Libertad de la decisión de inicio				
2.1.4. No son conscientes de los riesgos				
			Usuarios	
				<ul style="list-style-type: none"> - Y dices “¡Bah, pero mañana lo dejo!”. Para mí no era una adicción, como para muchos. U1 13:55 - Y empiezas que dices: "No cogeré el hábito" y ya lo creo que lo coges. U2 14:1 - Yo, para mí era, pues eso, como mi droga de 10 días. U2 14:11 - Es como el que se bebe una cerveza y dices: "Pues yo nunca voy a ser alcohólico, pero luego empiezas a beber y...¡Ojo!" Pero no eres consciente.U2 14:13. - Pues en mi caso particular fue de manera inconsciente. U5 17:1 - Pero yo creo que es más en los productos adictivos que meten que yo creo que ahí es donde hay que darle castaña. GFU 19:441 - Pero hay algunos que, ni siquiera se llega a conocer. GFU 19:442

2.1 Libertad de la decisión de inicio					
2.1.5. Condicionantes de la decisión					
2.1.5.a. Presión de grupo					
				Profesionales	
					<ul style="list-style-type: none"> - Si es que yo no sabía ni fumar, a mí me enseñaron a fumar, no te sabes ni tragar el humo y te dicen: haz como que te haces un susto. GFP 20:368 - Y tú te esfuerzas para aprender a saber fumar. GFP 20:369 - Pues con lo mismo que con el alcohol, yo creo que es una manera de socializarse la gente joven. GFP 20:370 - Y sobre todo pues de pertenecer al grupo en el que te relacionas. GFP 20:371 - Tu único objetivo en la vida es pertenecer a ese grupo, ser aceptado por el grupo o ser aceptado por la sociedad. GFP 20:372 - Venga fuma, venga tal, hala venga éste no fuma, Joé mira este no fuma... lo mismo hablo con el alcohol. GFP 20:373 - La cuestión es con 14-16 años el objetivo final de su vida es vivir por y para el grupo, ser... o sea recibir el cariño del grupo y ser asentados en un grupo social. GFP 20:375 - Que es que yo no sabía fumar y me tuvieron que enseñar. GFP 20:378 - Socialización. GFP 20:384 - A mí tampoco nadie me presionó para empezar pero que... Venga, va. ¿Te apetece? GFP 20:385 - Bueno siempre se empieza gente muy joven y yo creo que lo hacen por imitación. GFP 20:325 - Pero las 3 hijas sí que me han fumado y digo como un gran pecado, porque aunque yo fumaba lo hacía a escondidas, pero mi marido antitabaco por completo. GFP 20:361 - Pues fumé un poco porque me llevaba la corriente, quiero decir la gente de mi alrededor fumaba y tu empiezas a fumar. GFP 20:367

2.1 Libertad de la decisión de inicio					
2.1.5. Condicionantes de la decisión					
	2.1.5.b. Ambiente familiar				
		Profesionales			<ul style="list-style-type: none"> - Entonces es también muy importante el ambiente en el que se fuma dentro del ámbito familiar y en el grupo de amigos. No únicamente el grupo de amigos de la adolescencia sino el grupo de amigos de los padres P5 5:6 - Veo al padre que fuma, la madre que fuma, yo también fumo porque no pasa nada aunque ellos dicen que es malo, pero están fumando, luego tengo que copiar la conducta P8 8:18 - Simplemente yo creo que adoptan conductas sociales ¿No? de los amigos, el grupo P8 8:10 - Yo creo que está condicionado por el ambiente que le rodea, más que hacerlo libremente, vamos. P10 10:1 - Si te mueves dentro de un ambiente de tabaquismo el querer imitar pues a tu padre, a tu tío, a tus amigos más mayores. P10 10:6 - Eso es tan significativo como para que encima te preocupes, o nos preocupáramos del entorno. Claro que nos deberíamos preocupar, pero mucho más. P12 12:14 - Si un niño nace en un entorno en el que sus padres odian el deporte, es difícil que ese niño acabe haciendo deporte. P12 12:15
		Usuarios			<ul style="list-style-type: none"> - Quizás sea porque mi padre también fumaba U1 13:6 - El entorno puede influenciar, pero no es una cosa que decida U1 13:7 - Bueno, el entorno. A ver sí. Puede que algo sí porque mi padre, eso sí, fumaba. Mi padre fumaba. U2 14:14 - Y es más el entorno también. GFU 19:361 - Fumaba tu padre, tu tío, el abuelo, la tía. Fumaba todo el mundo allí. GFU 19:376 - Tiene conciencia, pero puede más lo que hacen los demás que lo que pienses tú. GFU 19:377

Tesis Doctoral de Pablo Muñoz Cifuentes

2.1 Libertad de la decisión de inicio					
2.1.5. Condicionantes de la decisión					
2.1.5.c. Inmadurez personal					
Adolescencia					
	Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - No se ven como que no son libres ni nada de eso, sino al contrario, los adolescentes se comen el mundo, se tragan el mundo. P4 4:48 - Y si no mira todos los cosas de riesgo que hacen. Es que no se es consciente. Eso va inherente. P4 4:58 - Ahora, cuando eres joven no ves los riesgos de muchas cosas, entre ellas el tabaco, el alcohol u otra serie de sustancias. P10 10:4 - En el sentido de que lo ven como una información que llega desde estamentos paternos o estamentos oficiales y yo creo que a ellos les genera todavía una búsqueda más, casi te diría que agresiva u hormonal de romper, ¿eh?. De romper con la norma. P3 3:4 - Se saltan las normas, incluso donde no pueden fumar. Incluso en los colegios o incluso en institutos, ¿sabes? Están deseando de salir para llegar a fumar P8 8:12 			
	Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - O porque tienes miedo a la muerte, porque cuando tienes 20 o 30 años es una cosa que está ahí, pero no la consideras cercana. Conforme te vas haciendo mayor o te haces más maduro y piensas más las cosas, piensas en todo, en lo bueno y en lo malo. Cuando tienes 20 años el mundo te lo tomas por montera. P13 13:51 - La adolescencia es un momento muy especial donde a lo mejor el fumar es un signo de rebeldía, de "me dices que no, pues yo digo que sí". Si le dices: No leas poesía. "¿Que no lea poesía?". Igual te sale ahí un premio Nobel. La adolescencia tiene sus propias claves. GFU 19:454 - Es que yo sí a mi hija la obligo: "Mañana ya no fumas". Es que no lo va a hacer. Es que va a salir a la calle y va a fumar GFU 19:461 - Yo creo que a un adolescente no le puedes obligar GFU 19:464 - Y sobre todo que cuando los padres más te exigen, más te dicen que no, que no, que no sé qué. Más les llevas la contraria, pero porque también te enfadas. GFU 19:533 			

2.1 Libertad de la decisión de inicio	2.1.5. Condicionantes de la decisión			
	2.1.5.c. Inmadurez personal			
	Experimental			
		Profesionales	<ul style="list-style-type: none">- Pues el empezar a fumar es una.. no sé.. una nueva experiencia, un reto, una prohibición, un lanzarse. P7 7:5- El joven por definición experimenta con todo. La adolescencia es eso ¿no? la juventud. Experimentar, probar y tal. P4 4:45- Yo creo que la capacidad de empezar a fumar sigue siendo un rito de paso de la adolescencia. Yo creo que eso a lo largo de mis años de experiencia no ha cambiado P6 6:11- Algo como reservado para los adultos. GFP 20:389- Ni piensan si están perdiendo libertad o no. GFP 20:411	
		Usuarios	<ul style="list-style-type: none">- Lo haces por probar. GFU 19:360- Porque dices ¿Cómo será? Y después ya los demás también lo prueban. Los que ya empiezan a fumar. GFU 19:524- Era la curiosidad. GFU 19:525- Eso, con todos mis respetos, a día de hoy es pura quimera. Quiero decir, que los adolescentes no cojan un cigarro es imposible, es imposible. GFU 19:553	
	2.1.5.d. Moda y publicidad			
Atractivo social, moda		Profesionales	No hay datos	
	Usuarios	<ul style="list-style-type: none">- Que no es una cosa de capricho!. Lo habéis hablado antes. Que es que cuando éramos críos es que si no fumabas eras tonto. No porque lo dijeran tus compañeros. La publicidad está así. Era así. GFU 19:435- O sea y el chico guapo que lleva aquí el paquete metido, o lo llevaba en la bota, o ¿Qué se yo? GFU 19:436- Tabacaleras que estaban en un país, que les prohíben hacer publicidad, que les prohíben vender a menores y estar en el país de al lado, repartiendo el tabaco en las entradas del teatro y en las entradas del partido de fútbol. O sea se buscan la vuelta de cualquier manera. GFU 19:438- Patrocinar regatas, patrocinar cosas deportivas. Que ahí les dejan, ahí aparecen. ¿Qué listos que son? GFU 19:439- O sea, en cualquier caso, van a contrarrestar todo lo que hagamos. ¿Cómo le podemos a esas empresas? GFU 19:450		

2.1 Libertad de la decisión de inicio	2.1.5. Condicionantes de la decisión	2.1.5.d. Moda y publicidad	Atractivo social, moda	Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Yo creo que hay un objetivo muy claro sobre todo por parte del sexo femenino que es la del peso, es la idea prioritaria de esta sociedad en este mundo que, o sea solo piensan en eso. Piensan que es una manera, es un medicamento para adelgazar que no tienen que pedir receta, así de claro. P1:14 - Yo creo que hoy en día si no tuviesen en la sociedad esa obsesión que tiene por el peso, el peso que tiene en las adolescentes el tabaco no sería tan importante. Yo estoy convencida de ello. Claro que habrá otras cosas pero yo lo veo el peso sobre todo a la hora de quitarlo, de convencer de quitarlo. P1 1:20 - El sentirse más, en el caso de las mujeres más, más atractivas. Son más condicionantes sociales que la libertad en sí de fumar. P10 10:3 - Porque probablemente pueden tener algún atractivo no, el hecho de relacionarse socialmente y de fumar a la vez, ¿no?. GFP 20:350 - Y una drogodependencia además que está muy bien considerada por la sociedad aunque gracias a Dios, cada vez menos. P5 5:25 - Han podido adelantarse un poquito los años, ha podido aumentar un poquito más en mujeres, pero ese hábito de paso no ha cambiado y, a lo mejor no ha cambiado, porque, realmente la posibilidad de acercamiento al tabaco hoy por hoy en la sociedad española es muy alta. P6 6:12 - Ya digo que yo lo que creo que lo que más influye es la edad, es la cultura que hay en España en este país del tabaco, ¿No? GFP 20:400
				Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - Creo que es una decisión que, una vez que lo aceptas, es tuya. En principio puedes hacerlo en una tertulia o tomando un café. Pero luego, yo creo que sí es una decisión tuya. U1 13:4 - Pero claro, yo te digo que empiezas por una moda, pero hay mucha gente de mi edad que ha empezado, no le ha gustado y lo ha dejado. Sin embargo, yo sí que lo tomé. Al principio sí que es una cosa que no sabes siquiera que es una adicción, que te vas a acostumbrar a él y no vas a poder pasar de él. Pero luego sí que lo decides. Y yo sí que lo he decidido, aunque sí que sé que no es bueno para mí. U1 13:13 - Yo creo que, dentro de que sí era entonces la moda, es una cosa que tú decides. U1 13:7 - Te haces al principio porque era lo moderno, lo que se veía en todos los sitios. U1 13:2 - Ten en cuenta que por mi edad, entonces sí era lo que se llevaba. La moda era fumar. Yo empecé joven, con 14 o 15 años. U1 13:5 - Entonces la moda era la del fumar y el beber, el estar con un gin tonic es lo que se llevaba (bueno, también ahora). Y con un cigarrillo. U1 13:11 - Lo lógico y normal es que estuvieras en un bar o en una discoteca y estuvieras fumando, que es lo que estaba de moda. U113:12 - Y automáticamente sentirte más, más... que te vieran las chicas, que... GFU 19:369

2.2 Dependencia	2.2.1 Pérdida de capacidad para el cese	Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Pero también es cierto que les genera cada vez más dependencia y ahí la libertad ya están tan enganchados que ya no pueden P2 2:3 - E: Y a medida que uno va fumando y va experimentando la dependencia... - P3: Pues, claro, cada vez menos. P3 3:2 - E: O sea que sí podemos hablar de una cierta pérdida o una limitación de capacidad. - P3: Una limitación de capacidad, si, si. Estoy convencido de ello. P3 3:6 - Como cualquier adicción. Como cualquier adicción. Totalmente. Son completamente... todo gira en torno al, al cigarro, ¿no? Al poder fumar. Se saltan las normas incluso donde no pueden fumar. Incluso en los colegios o incluso en institutos, ¿sabes? Están deseando de salir para llegar a fumar. P8 8:11 - Cuando eres dependiente del tabaco, ya no eres libre para decidir si lo dejas o no. P9 9:3 - Que se cree que lo puede dejar, pero no tiene autonomía para dejarlo porque cuando te planteas dejarlo no puedes. P10 10:7 - No, no. La capacidad de dejarlo sí, desde luego. P11 11:5 - E: O sea que esa adicción afectaría, según tu opinión, a su capacidad de... - P11: De decidir y de... sí. P11 11:6 - No son autónomos cuando dependen ya del tabaco. P11 11:7 - Claro. Dicen que a partir de 10 cigarrillos, cuando una persona consume 10 cigarrillos al día, ya tiene enganche. P12 12:7 - Y otras veces, como yo por ejemplo, empiezas sin querer ¿Eh?, porque piensas que lo vas a poder dejar y continuas, continuas y ya... yo creo que no... Ya no se vamos. GFP 20:330 - Puedes perder una libertad en el sentido de que eres dependiente de esa sustancia, o sea física y psíquica GFP 20:414 - Y porque, en general, no notas los síntomas... no sé cómo explicar. O sea no... La dependencia del tabaco te das cuenta el día que lo quieres dejar, ¿Me explico? Entonces, ahí es jorobado GFP 20:540 <p>Yo todas las noches, o casi todas, me acuesto con el propósito de que al día siguiente no voy a fumar. De verdad eh, y además lo digo totalmente en serio. Me levanto por la mañana y tengo el tabaco ahí, y digo "Me voy a demostrar que soy fuerte". Y lo miro: "No, No". Y yo misma me justifico: "Bueno, si me fumo uno no pasa nada, total uno, después de tantos..." Ya estás. Ya estás. Te fumas uno y tú misma te autojustificas: "Bueno, yo ¿Por qué tengo que dar explicaciones a nadie?. Me apetece y punto". GFP 20:603</p>
-----------------	---	---------------	---

2.2 Dependencia	2.2.1 Pérdida de capacidad para el cese	Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando estás en un sitio que no puedes fumar, te pones nervioso y lo primero que haces cuando sales a la calle es fumar. Yo, que he estado hace un año en el hospital, estuve 15 días, lo pasé fatal. U1 13:56 - Pero, como yo soy de los que digo que ojalá me pudiera fumar tres cigarros al día, porque si no, no estaríamos hablando de lo que estamos hablando. ¡Ojalá!. Mi mujer fuma, pero claro, es que es lo que estamos diciendo, como cuando me compraba yo el paquete. Puede estar tres días sin fumar. Tiene un poco de enfriamiento "Dejo de fumar otros 2 días". "Hoy me voy a fumar uno después de cenar" y así, así. Eso es, para mí eso es lo bueno. U2 14:27 - Entonces claro, la doctora siempre me dice que tengo que dejar, que tengo que dejar, pero yo la verdad es que no puedo.16:7 - Pero que es una adicción, sí, sí. Pero a mí me pesa más... Personalmente es que tampoco ahora mismo tampoco, no me veo yo como para dejarlo.U2 16:11 - Ahora, si estoy nervioso o algo, alguna cosa o esto o lo otro, o preocupado de algo lo primero que hago es coger un cigarro. U6 18:14 - Porque es la impotencia de dejar de fumar. "No puedo, yo no puedo dejar de fumar". GFU 19:493 <p>Como en el caso contrario. Yo no me puedo imaginar lo que siente él, por ejemplo, que es que tiene que fumar y tiene que fumar. Yo es que, de verdad, que no me entra en la cabeza. No puedo. Porque nunca lo he sentido. GFU 19:564</p>
	2.2.2 Esclavos de la nicotina	Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Entonces poco a poco se va quedando en minoría y entonces, salvo en determinados casos muy inveterados, la inmensa mayoría dice "¡Jolín! Pues si no estuviese esclavo de esto estaría mucho mejor ¿no?" P1 1:23 - Tienen que estar dando la lata, saliendo, intentando escaparse a la calle para poder fumar. Entonces cuando se dan cuenta de que están esclavos de si... P1 1:24 - El tabaco es una drogodependencia. P5 5:7 - Llega un momento en que si no te fumas la cantidad de nicotina que necesitas, tu organismo te lo está pidiendo y te hace encontrarte mal. P5 5:8 - Habitualmente los fumadores pues de un paquete, un paquete y medio si analizas el consumo de tabaco que tienen a lo largo del día ves que tiene un ritmo circadiano, que siempre se fuman los mismos cigarrillos a las mismas horas y que habitualmente es pues cada hora, cada 50 minutos, cada una hora y cuarto aproximadamente. ¿Por qué? Porque necesita sus dosis de nicotina para que sus receptores nicotínicos estén estables y estén cubiertos. P5 5:10 - Provoca una dependencia física y una dependencia psicológica y una dependencia social. P5 5:26 - Y una drogodependencia que hace que los pacientes quieran dejar de fumar y no puedan dejar de fumar. Y que tengan una férrea voluntad o una fuerza de voluntad muy intensa de intentar dejar de fumar y no pueden, no pueden. P5 5:27 - Y encuentra una excusa también para encenderse ese cigarrillo. Entonces se juntan la necesidad por el craving, por el deseo, por el síndrome de abstinencia que tiene ya ese fumador por encenderse ese cigarrillo con la autoexcusa que tiene esta sensación por esta circunstancia determinada. P5 5:42 - Yo físicamente no lo necesitaba, pero mentalmente sí. Después de 6 meses yo no creo que tuviera ya ningún tipo de mono y sin embargo volví a fumar por la cabeza. P9 9:4 <p>Ellos fuman porque les apetece fumar y el hábito y la adicción ya sabemos que cuanto más hacemos más queremos, ¿no? O sea que empezarán fumando 2 cigarros a la semana, acabaran fumando 2 al día y... y yo creo que ni lo piensan. ¿no? Porque les apetece. GFP 20:413</p>

2.3 Decisión personal de cese	2.3.1 Momento y decisión personal		
	Profesionales	<ul style="list-style-type: none">- Estoy de acuerdo con lo que habéis dicho de que hay que buscar el momento, sí. GFP 20:579- Que simplemente con pequeñas intervenciones breves dichas en un momento puntual dejan de fumar y dices ¡Buf!. GFP20:524- En X momento dejé de fumar por 2 años, y fue decisión mía y solo mía, ¿Vale? GFP 20:576- Pero fue decisión mía, y estuve dos años sin fumar y ningún médico, ni mi padre ni mi madre me lo dijo. GFP 20:575- No, a lo que me refiero es que buscar el momento justo y las motivaciones que pueden llevar a ese paciente a dejarlo, con eso estoy de acuerdo. GFP 20:566 <p>Claro, y el fumador se siente acosado, y empieza: "Es que todo el mundo va en contra". Y claro, hasta que no te convences tú... GFP 20:543</p>	
	Usuarios	<ul style="list-style-type: none">- Ellos te ayudan. Eso de todas, todas. Y más si tú pides ayuda. Pero yo creo que si tú no lo decides, por mucho que estés hablando o que te estén diciendo esto es lo que hay, eres tú quien lo tiene que decidir. U1 13:48- Y si no lo decides tú, pienso que no lo pueden decidir los demás. Por mucho que te estén diciendo que esto no lo puedes hacer, tú si quieres lo haces, de una manera u otra. De hecho, ahí lo tienes: no te dejan fumar en ningún sitio, pero haga frío o calor, estamos en la calle fumándonos el cigarro. U1 13:14- Pero que hay un momento que te hace la cabeza, chip. Que te cambia el chip. GFU 19:501- encontrar el momento. GFU 19:511- Hasta que ya te mentalizas tú mismo y tienes que decidir lo que quieres hacer. GFU 19:532- Tú tienes una decisión muy importante, macho. No llegues a lo mío. Lo mío ha sido mucha más necesidad. Pero tú lo tienes ahí. O sea, te puedes generar la vida a partir de este momento. En lugar de quemarla como yo. GFU 19:548- Que es que yo he fumado cuando he querido y voy a dejarlo cuando me dé la gana. GFU 19:562 <p>Aparte del deporte que te guste, también, querer hacer algo y tienes que mentalizarte que para conseguir eso tienes que dejarlo. GFU 19:467</p>	

2.3 Decisión personal de cese	2.3.2 Barreras para la decisión		<div data-bbox="378 261 1896 857"> <p>Profesionales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Yo creo que hay un objetivo muy claro, sobre todo por parte del sexo femenino que es el del peso, es la idea prioritaria de esta sociedad en este mundo que, o sea solo piensan en eso. Piensan que es una manera, es un medicamento para adelgazar que no tienen que pedir receta, así de claro. Y entonces este, su principal, su objetivo es quitarse el apetito con el tabaco a parte de relacionarse mejor socialmente y ese no es solamente el primer impulsor para la hora de fumar, sino que además es el principal problema a la hora de quitarlo. P1 1:14 - Yo creo que hoy en día si no tuviesen en la sociedad esa obsesión que tiene por el peso, el peso que tiene en las adolescentes el tabaco no sería tan importante. Yo estoy convencida de ello. Claro que habrá otras cosas, pero yo lo veo el peso, sobre todo a la hora de quitarlo, de convencer de quitarlo. P1 1:18 - En clases sociales más desfavorecidas y en niveles culturales bajos yo creo que es donde más cuesta dejar de fumar. P3 3:8 - Yo es que creo que en el medio rural, sobre todo en este grupo de edad de entre los 45 o los 50 y los 65 años, en los varones, yo creo que hay una dejación, hay un abandono que yo observo es muy, muy importante. Se han abandonado en autocuidados, en limpieza, en expectativas, en apertura al mundo, en todo. O sea se han abandonado. P3 3:23 - Yo los veo muy apartados. Y en el medio rural hay bastantes. Solteros, viudos. Yo tengo 5 o 6 que entrarían en este patrón. Entonces es gente que ya, bueno, pues, han tirado la toalla podíamos decir, en todos los aspectos, el tabaco uno más. P3 3:27 - Entonces lo han dejado todo, se han encerrado allí y ya se han abandonado. Yo pienso que en los varones de esa edad en el medio rural eso sería importante, porque yo creo que el tabaco forma parte de una dejación general. P3 3:24 - Y que él dice que total, que se va a morir y que le da todo igual. P3 3:28 </div> <div data-bbox="378 857 1896 985"> <p>Usuarios</p> <p>No hay datos</p> </div>
-------------------------------	---------------------------------	--	---

2.3 Decisión personal de cese	2.3.2 Motivos para la decisión	2.3.2.a Ahorro económico	Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Hay algunos que sí que se puede motivar en el sentido del ahorro económico que les pueda suponer porque también están mal de... de dinero. P1 1:34 - Y ahí me viene a mí bien para, la gente con menos recursos económicos, o sociales o que está en paro o que todavía fuma más por el estrés. A mí me viene muy bien porque les hago hacer las cuentas de lo que le cuesta el tratamiento de, para fumar. P8 8:21 - Pero no todo el mundo se mueve por salud, hay gente que se mueve por economía .GFP 20:558
			Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - La motivación era que quería dejar de fumar y la otra era la económica. La económica. ¡Cuidado!. GFU 19:399 - O sea no me duelen prendas decirlo que es 200 euros al mes, que en estos momentos son importantísimos. GFU 19:401 - No, pero para tí, para mí, en este momento para todos. O sea creo, vamos, por lo menos para mí. Para mí 200 euros es mucha pasta tirada. GFU 19:402 - No, digo que ha sido el 50%. Que ha sido el 50%. Lo que me ha motivado a dejar de fumar. GFU 19:406 - Porque el tema económico llegará un momento que superará al de la salud porque en nuestro caso, él ha dicho 200 euros, yo también voy a poner números. En nuestro caso estamos hablando de 600 euros al mes. ¡Cuidado, cuidado!. GFU 19:410 - Esto, esto es importantísimo también porque llegará un momento que la gente no va a poder pagar. Y al final va a prevalecer en muchos casos el tema económico. GFU 19:41 - Y si no se lo puede permitir, pues, por C o por B va a tener que dejar de fumar. GFU 19:412 - A ver, el económico es un tema importante, pero si además vienes ya de detrás que quieres de dejar de fumar el económico te ayuda ya para dejarlo de verdad. GFU 19:414 - Hay programitas en el teléfono que te los bajas y te calculan lo que te has ahorrado, los cigarros y todas esas cosas. GFU 19:415 - Que eso, hombre, te ayuda ¿No?. Te dice: Me ahorro 1500, 1200 euros. Pues se nota. GFU 19:416 - Me gasto 120 € en las pastillitas de aquí de la asociación y tengo que elegir. O tabaco o pastillas. Porque hacía las dos cosas. A medias. GFU 19:446 - Yo elegía entre el tabaco o tener dinero para poder pasármelo bien con mis amigos. GFU 19:447 - La cantidad de pasta que te ahorrabas. La cantidad de pasta que te ahorrabas. Que digo: ¿Cómo no me daba cuenta? GFU 19:448 - Sí, porque somos nosotros dos, más lo que enganchaba el chico, más lo que enganchaba la chica. GFU 19:542 - Y nosotros somos de dos paquetes diarios. Entonces cada dos días son 42 o 43,50, lo que vale un cartón de Chéster . GFU 19:543 - Mucho dinero, muchísimo. GFU 19:544

2.3 Decisión personal de cese	2.3.2 Motivos para la decisión	2.3.2.b Ambiente familiar	Profesionales	No hay datos
			Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - Lo que pasa es que ahora lo que pasa es que casi en mi entorno, el entorno que tengo en este momento es un entorno que no fuma. - La motivación más es que ahora cuando me siento a cenar con gente ya no me tengo que levantar fuera. GFU 19:417 - Sí, no, o que entro a la tienda que tenemos y antes me decía: "¡Jo!, apestas a tabaco". Pues ahora ya no me lo dicen. O "Te huele la ropa a tabaco". Pues ya no me lo dicen. O "Te huele el aliento a tabaco". GFU 19:418 - Por lo menos se lo proponen. Porque la cría el otro día dijo: "Yo, tal día dejo de fumar". Y yo no la he dicho nada. GFU 19:460 - Que vean lo que estamos haciendo... GFU 19:462 - Y el ejemplo. GFU 19:463 - ¡Cuatro paquetes diarios! Y ha dejado de fumar el bicho. GFU 19:538
			Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Yo creo que sobre todo desde la autorresponsabilidad, del auto cuidado. De que la vida hay que cuidarla. El que la tiene que cuidar es uno mismo esencialmente. Que uno es el único amigo que debe tener fijo durante el 100% de su vida. P3 3:13 - Pacientes crónicos, EPOC... Sí también, son complicados pero también es verdad que... También dices, es como los higos ¿no? Cuando están maduros caen por su peso. P8 8:53 - Ahí entra también la percepción de la enfermedad, también lo que tú decías. Porque el que es diabético seguramente es muy consciente de que es diabético, haga las cosas bien o haga mal. Para él es diabético. El que es hipertenso ahora casi más. Antes no había tanta percepción de enfermedad, ahora más. Pero, por ejemplo el que es, el que tiene un hábito tabáquico no lo considera muchas veces una enfermedad, y ahí está el tema. GFP 20:538
		2.3.2.c Enfermedad	Profesionales	
			Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Esto de qué es? No es de trabajar, esto el del cigarro. Entonces ¿Cómo me lo quito? Me voy a quitar el cigarro a ver si estoy mejor. De hecho estoy mucho mejor. GFU 19:349 - Que subí una cuesta y dije ¡Buah! si no puedo y antes la subía. ¿Cómo es esto? Pues esto es del tabaco. GFU 19:358
			Profesionales	

2.3 Decisión personal de cese	2.3.2 Motivos para la decisión	2.3.2.d Familia	Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Yo me quiero fumar un cigarro y me tengo que ir de mis hijas porque me ponen verde. GFP 20:366
			Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - Pues yo creo que la motivación muchas veces es el reto, el reto de ver que no vas a ser capaz de conseguirlo y conseguirlo. GFU 19:420 - Una, o que te diga el médico "No puedes fumar ya, porque esto ya no tiene solución" o la familia. U2 14:17 - La familia sí que... yo lo hablo con compañeros y los que están hoy en día muy... son los chavales. Los chavales a nivel de compañeros, los hijos son los que están empujando a que no fumen los padres. Bueno, en mi casa, ¡Bueno!. Mi hija ya, vamos, es como si hubiera matado a uno, fumarse un cigarro. U2 14:18 - Yo creo que en mi caso, como he comentado antes, es la familia. La familia es donde... Yo creo que a la gente, a muchos de los fumadores le dices lo de fumar o como le dices lo de beber, pero luego le dices "La familia...que no sé qué" Y yo creo que eso le afecta más, bastante más que la propia enfermedad futura que pueda tener. U2 14:24 - El decir "Si te pasa algo tu familia se queda sola. Tu familia... Tú lo vas a sufrir pero ellos lo van a sufrir más todavía. Porque tú te has ido y mira... Pero ellos se quedan aquí y se van a quedar con el tema. Yo creo que ese es el.... por lo menos en mi caso. Que es con lo que más me hace. U2 14:25 - Sí, sí. Yo para mí la familia es... Si la familia dice que uno no fuma, vamos, tendría que ser un cabezón para decir que fuma. O, por lo menos decir "Tú en casa no fumas". Y si la familia dice que tú en casa no fumas, en casa no fumas. Fumarás por ahí lo que quieras, pero en casa no fumarás. U2 14:31 - Incluso la novia y todo, me dice tienes que dejarlo, tienes que dejarlo. Y yo lo intento. Cuando estoy con ella casi no fumo, porque no le gusta el sabor del tabaco y tal. U4 16:17 - Y esta vez, pues bueno, ya mi mujer se mostraba más irritada cuando me ponía. Más irritada, cuando me ponía a fumar en casa. Cualquier cosa porque no quería que fumara. U5 17:8 - Esa intención de mi mujer de empujarme. U5 17:9 - Yo tuve un padre que fumó toda la vida hasta que le detectaron un problema de pulmón. Le cogí de la camisa, cuando llevaban de esos... un bolsillo aquí. Le cogí el paquete de tabaco, se lo mojé en el grifo y le dije -un órdago, por supuesto- Como te vuelva a ver fumar, te quedas sin hija. O sea, es que desaparezco de aquí. GFU 19:363 - Yo no veo a este crío con catorce años que empiece ya con la marcha que llevaba mi padre. Es que no, es que no puede ser. GFU 19:364

A3. Cuestiones de actitud profesional

3.1 Consejo persuasivo	3.1.1 Aconsejar, no imponer		Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Yo creo que lo que intento es dar consejo con... aconsejar pero nunca imponer porque la persona tiene su total decisión y su libertad para decidir. P1 1:47 - Nosotros lo que tenemos que hacer como sanitarios es ayudar a tomar esa decisión, no imponer, persuadir. P4 4:29 - Tú tienes que informar al paciente de las diferentes vías, opciones o ventajas, beneficios, lo que sea. O perjuicios, lo que tienes... Pero de ahí a imponer el tema, no. P4 4:32 - Que no nos metemos... no juzgamos sus hábitos. Promovemos unos hábitos saludables. Yo no juzgo lo que hacen, les digo que no aconsejo que lo hagan, pero yo no los juzgo. P10 10:20 - Yo creo que hay que informar, hay que informar. Tampoco puedes forzar a la gente a hacer lo que no quiere y, aparte, es un trabajo inútil. P10 10:22 - Pienso que es mejor informar e intentar lograr una deshabituación pero informando, tampoco forzando a nadie P10 10:23 - Y una labor reiterativa. Porque yo los 15 años que he estado en Atención Primaria pues, claro, lo primero que les haces es una anamnesis. Empiezas: "¿Fumas? Tal y esto, pues deberías dejar... pues mira, pues te aconsejo..." No redundas, te callas. "¿Qué tal vas? Pues sí, pues no sé cuantas..." Y vas haciendo, incidiendo, incidiendo. GFP 20:526 - Yo simplemente le decía: Hombre, ten en cuenta que esto... Es aconsejar. GFP 20:530
			Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - A aconsejar, lo que más. Si se pone duro, esto, lo otro, pues a lo mejor dices... ahora doble. U6 18:7 - Es preferible, yo por lo menos en mi caso, psicológicamente ir haciéndote a la idea, ir convenciendo. GFU 19:380 - Lo que no se puede hacer es machacar a las personas, en ningún sentido. Para nada, ni para bueno ni para malo. Pero yo creo que hablar y el apoyarte, sí. U1 13:31 - Yo también prefiero un consejo a un mandato. Yo prefiero que me digan: "Mira, pues por esta, esta y esta razón deberías dejar de fumar... Bueno y ahora haz lo que quieras". GFU. 19:477 - Dame un consejo y dime por qué. No me impongas una opinión tuya. Fumes o no fumes. Me da igual. Pero no me impongas una opinión. GFU 19:47 - Al final es un consejo, al final es un consejo. GFU 19:549 - Y puede ser un profesional y puede ser un consejo. Que al final el que da el consejo sabes que va a lo seguro. GFU 19:550

3.1 Consejo persuasivo	3.1.2 Informar persistentemente		Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - No, a la hora de dar consejo debemos hacer siempre, a todos los fumadores. P10 10:24 - Pero la información yo creo que hay que darla siempre y hay que buscar siempre la motivación. P10 10:26 - Hombre yo creo que al consejo breve sí que hay que dedicarle un tiempo y eso se puede dar a todo el mundo por igual. No cuesta tanto. P1 1:39 - Cada vez que vienen, cada vez que vienen es consejo breve. Cada vez que entran. P2 2:12 - Yo sí. Sí, porque cuando vemos ahí tabaco... yo si lo veo, siempre “¿Qué, el tabaco qué?”. Yo sí que se lo digo. - Porque yo creo que tiene que haber, para que empiece la responsabilidad, tiene que haber una información amplia. El tiene que ver que realmente es una cosa, que se están desarrollando estudios en muchos pacientes, en muchos tipos de pacientes, en muchos tipos de circunstancias, en muchos tipos de enfermedades. Incluso en la calidad de vida de cada día. P3 3:19 - Bueno pues, insistir en que debe dejar de fumar. Pero no perder excesivamente tiempo con esto porque no se consigue nada. Solamente cuando él esté convencido de que realmente lo quiere dejar es cuando únicamente lo deja. P9 9:10 - Le tenemos que informar y... pero vamos, que hagan caso es otra cosa. P11 11:16 - Luego miro mucho si tienen otros factores de riesgo cardiovascular. Desde luego al paciente con otros factores de riesgo cardiovascular, diabético, hipertenso, dislipémico, desde que tenemos la herramienta OMI a mí me viene muy bien la tabla de cálculo de RCV y se lo presento. Les digo “Mire, si usted deja ahora de fumar” Porque además es uno de los parámetros que ahora tienen muchísimo peso. “Mire su riesgo cómo está ahora y mire su riesgo cómo estará después”. Entonces ahí sí que soy bastante intervencionista. P2 2:13
			Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - Si, la doctora siempre me lo dice e insiste y tal, pero digo: Mira, ahora no es el momento. U4 16:14 - M. con la que yo... llevamos ya bastantes años, casi siempre que venimos a su consulta se suscita el tema y yo me quedo maravillado con el interés que pone porque ya podría decir: "Si quieren fumar que fumen y que hagan lo que les dé la gana". Nada. Insiste, insiste. U3 15:14

3.1 Consejo persuasivo	3.1.3 Valorar oportunidad de intervención		Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - "Este no es el momento para abordar a este hombre o preguntarle sobre el tema del tabaco." Intentar sobre todo romper esos mitos que nosotros mismos tenemos en relación al estado de fumador. Pensamos que hay unas circunstancias que impiden totalmente dejar de fumar pero igual son precisamente las que les impulsan a fijar ese día D. Entonces eso hay que negociarlo con el paciente. Siempre y cuando pues no se encuentre en un momento, pues al día siguiente de haber fallecido su marido, por ejemplo. P5 5:15 - ¿Qué tenemos que hacer los médicos de familia a la hora de dar el consejo o no dar el consejo? Pues preguntarle al paciente. Preguntarle al paciente. Igual estamos equivocados porque pensamos que por estar en paro el paciente no se siente con fuerzas de dejar de fumar. P5 5:18 - Hombre, le puedes ayudar a decidir cuál es el motivo en el momento ¿No?. Yo aprovecho cuando están jodidos, que no pueden respirar. Entonces les digo: "Mire, como siga así lo que le queda ya va a ser poco y malo. Y la verdad es que con el susto muchas veces dejan. P9 9:14 - Es que un caso concreto no sabría decirte pero... Es que es el momento, depende del momento. No puedes...P10 10:31 - O si se ven mal en algún proceso de estos agudos, entonces sí que puedes aprovechar para...P11 11:18 - Sí, sí. Decírselo sí que se lo puedes decir, en bronquíticos de éstos "Pues si no lo dejas, por mucho jarabe que te dé y por mucha pastilla que te tomes, vas a seguir tosiendo". P11 11:24 - Si el primer día que viene le dices "¿Y usted no se ha planteado perder? Usted está gordo". Claro y te dice "Usted es un tonto del haba y váyase a la mierda". P12 12:35 - Porque claro, viene a pedir una baja y le estás diciendo: "Oiga, mire, que tal... Y te dice el señor: "Pero bueno, ¡A ver este qué me está contando!. Los médicos tal, estos son unos pesados. GFP 20:427 - Si te va uno con un esguince, con un tema que no tiene...Pero si tú tienes un paciente que viene a hacerte un control y que son pacientes tuyos y tal, con las preventivas lo lógico es: ¿Qué tal la dieta?, ¿Fumas?, ¿No fumas?. "Pues sí que fumo". "Bueno, ya sabes los riesgos. GFP 20:431 - P1: Pero además en situación lógica. Si te va uno con un esguince, con un tema que no tiene... - P3: Lógicamente, esto... - Pero, vamos, yo no me meto con un paciente a decirle: "Deja de fumar", si ni siquiera lo conozco GFP 20:434 - Yo preguntarle, sí que le pregunto, eso no cuesta nada. P11 11:20 - Le pregunto, le digo "¿Y el tabaco cómo lo llevas?", pero vamos. Digo "¿lo vas a intentar?" Y ya se acabó. Le pregunto y poco más. P11 11:21 - Tú notas... tú notas si él está receptivo a recibir esa información. GFP 20:451 - Depende de lo hábil que uno sea, pues te dejará más o menos. P12 12:29 - Y en un momento determinado que tú ves que ahí se puede entrar pues entonces afrontarlo. GFP 20:483 - Tenemos que saber identificar perfectamente en qué fase tenemos al paciente ¿Eh? Quiero decir, si el paciente ni se ha planteado nada, bastante hacemos con dar consejos y hacer como si fuera una balanza. GFP 20:555
			U.	<ul style="list-style-type: none"> - O sea no voy al médico a decirle: "No, mire, es que me duele mucho la cabeza". "¿Usted fuma?" Sí. "Pues tiene que dejar de fumar". No, perdone. Usted me cure la cabeza, luego ya veremos si dejo de fumar. GFU 19:350

3.1 Consejo persuasivo	3.1.4 Eficacia del consejo		Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Consejo breve, intervención más coste-efectiva del tabaquismo. P4 4:21 - El consejo breve es la intervención más coste-efectiva que existe en Atención Primaria. P4 4:19 - El consejo breve por supuesto que tiene su porcentaje de éxito y yo creo que hay que darlo todos los días. P2 2:8 - Con la intervención, aunque sea breve, sobre el tabaco y la insistencia, al final la gente acaba planteándose el dejar de fumar. P10 10:9 - Unas herramientas de intervenciones breves. Está probado que esas intervenciones breves repetidas al cabo de una serie de visitas con una espontaneidad y una relación cordial y afable con el... como se lo estás contando, pues al final puede producir un efecto beneficioso, que ese paciente se enganche en el círculo de la deshabituación. GFP 20:488 - Una intervención breve está demostrado que se consigue mucho. P10 10:27 - Pero hay pacientes como ha dicho... perdona, hay pacientes como ha dicho P., ¿verdad? Que simplemente con pequeñas intervenciones breves dichas en un momento puntual dejan de fumar y dices ¡Buf! GFP 20:523 - Quiero decir que las intervenciones breves, sabiendo con quién las haces y teniendo interés, realmente se puede ayudar GFP 20:613 - El tío Tomás por ejemplo que llevaba fumando de toda la vida y que es más bruto que un arado. Ese se lo dijimos, dijo que no fumaba y no ha vuelto a fumar el gachó. Y lleva sin fumar 6 o 7 años. Y ese ni pastillas ni Champix ni gaitas. Ese a lo bruto dejó. P3. 3:10 - "Jo, es que me dijiste que en el tema del tabaco...Me quedé <i>flasheao</i>, macho, y no fumo" Y te sorprendes tú mismo, eh? - Es sorprendente, muchos pacientes dejan de fumar sólo porque su médico de cabecera se lo haya dicho. Y yo me sigo sorprendiendo. Hace un par de semanas me lo dijo un paciente. Le visité en el mes de julio, le volví a preguntar si fumaba y me dijo: "Doctora, ¿Cómo voy a fumar si usted me dijo que no fumase?". Claro es sorprendente. P5 5:19
			Usuarios	No hay datos

3.2 Acompañamiento desde la deliberación	3.2.1 Respetar la decisión y el ritmo del paciente		Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - El paciente te tiene que ver como un compañero y como una persona que le tiendes la mano para ayudarlo a dejar de fumar. P5 5:31 - Bueno, les hago también una encuesta de a ver por qué empezaron a fumar, cuántas veces lo han intentado y ver el momento vital que tú has dicho. P2 2:7 - Si en definitiva quien tiene que tomar la decisión es el paciente. Y tienes que convencer al paciente de este tema. Si el paciente no está convencido no puedes hacer nada. Y entonces, hasta cierto punto sí. Pero llegar más allá de pues no, no. P4 4:33 - Pero lo tienes que respetar. Es que es como el que le pones un Lisinopril y no lo quiere tomar y claro, con la tensión con las nubes, pues tendrás que respetarlo también. Y ver qué has hecho tú también que puedas mejorar en el abordaje o que...qué no haces pero. ¿Te puedes desesperar? Pues sí, todos los días nos desesperamos con todo. Con esto es una cosa más P8 8:29 - Modificación de conductas que son muy difíciles y más con estos temas. Y también pues saber que, bueno, y si no la modifican, pues, pues, pues no la modifican. Un poco por cómo nos ha pasado con la obesidad, lo mismo. P8 8:37 - "En un año yo no le digo nada pero que sepa que... tal cosa" e intentas no preguntarle. Luego es él, a veces. Pero siempre dejando la puerta abierta. Decir "Mire, el día que usted quiera dejar, tal. Aquí estamos para ayudarlo". P8 8:40 - Y pactos, y pactos. GFP 20:554 - Entonces, a veces dices este paciente que de repente ha tenido un problema que te da mucha rabia, que venga de la UVI y te diga: "Es que yo no sabía que era tan fácil dejar de fumar" Y ha dejado de fumar y toda su vida ha fumado y tú has estado intentándolo. Pero por eso no te frustras, es que forma parte del proceso. O sea, yo tengo que hacer las cosas como buenamente se pueda y ayudar y la frustración es la vida. P8 8:54 - Entonces, ¿Te parece bien ahora? No. Pues ya me dirás tú cuando quieres que iniciemos este... este... esta actividad. GFP 20:492 - Al final, estamos obligados a decirle a una persona si usted quiere o no ser tratada. Yo a esa persona le planteo "Mire, tiene esto, ¿quiere que lo trate, quiere tratarse esto? P12 12:30 - Yo creo que debemos entrar hasta lo que nos permita el paciente. P12 12:27 - ¿Hasta dónde podré llegar? Hasta donde él me deje. P12 12:28 - Lo que pasa que yo creo que allí está, no hasta cuánto tú te puedes implicar en decirle cosas sino hasta que el paciente quiera GFP 20:442 - Pero yo creo que el paciente, cuando no quiere... cuando no quiere que te metas en su vida, él mismo te frena, en cualquier otro tema. GFP 20:447 - Cómo se interviene sin saltarte a la torera los derechos del que está delante porque no quiera escuchar, o porque tú notas que no está receptivo GFP 20:482 - Pero que tú puedas entablar una conversación en la que el paciente se sienta libre para decir por qué está fumando y si quiere seguir fumando que te diga: Oiga, quiero seguir fumando. Pero tiene... para que un paciente quiera dejar de fumar, si está empeñado en seguir fumando, tiene que encontrar el clima de libertad suficiente para ir a la consulta. GFP 20:546
--	--	--	---------------	--

3.2 Acompañamiento desde la deliberación	3.2.1 Respetar la decisión del paciente		Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Esto... es proponerle un punto de... un momento que puede estar allí. Más tarde o más temprano. Y... y si es ese momento, pues bien, y si no dejarlo ahí abierto; decir "Pues bueno, no." GFP 20:549 - Sí, sí, que muchas veces es mucho más importante crear el clima para que él pueda decir "No fumo", pero seguirlo manteniendo e ir buscando entre los dos un momento para que eso ocurra que no el decir es que no hacemos nada. GFP 20:552 - Pero tiene... para que un paciente quiera dejar de fumar, si está empeñado en seguir fumando, tiene que encontrar el clima de libertad suficiente para ir a la consulta y que no se le demonicen las cosas. Porque es mejor que siga viniendo que diga: "Es que paso de ir". GFP 20:547
			Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando ya les metes y les das esa confianza y les dices: "Mira, a partir de ahora te voy a programar con mi enfermera, con Mari Luz, y ella... ella... ella ha tenido muchos éxitos con este tipo de pacientes". GFP 20:490 - Yo creo que es el de apoyar y decir: "Esto es lo que hay, esto es malo para ti". Apoyar. U1 13:28 - Ellos te ayudan. Eso de todas, todas. Y más si tú pides ayuda. Pero yo creo que si tú no lo decides, por mucho que estés hablando o que te estén diciendo esto es lo que hay, eres tú quien lo tiene que decidir. U1 13:48 - Pero que yo aún estaría fumando si no hubiera venido a la consulta. GFU 19:502 - A mí me parecía bien que el profesional hiciera hincapié en que se dejara de fumar. U5 17:36
	3.2.2 Buscar su motivación		Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Tengo una chica de veintitantos años que tiene la boca destrozada y me decía que no se la podía arreglar. Yo llevo en todas las consultas con las preventivas pues diciéndole "Mira, el tabaco, no sé qué.." Y le hice una reflexión: "A ver, cuánto fumáis tu marido y tú". Fuman tres paquetes diarios entre los 2. Entonces les dije "¿Cuánto os cuesta una cajetilla de tabaco? 2,40" Y les hice una multiplicación. "2.40 por 3 por 30 días que tiene el mes". Eso sale ciento y pico euros. Les digo "pues esos ciento y pico euros si vosotros reducís o por lo menos no fumáis tenéis ahí.." Entonces le di un poco la vuelta para ver que económicamente...que además lo están pasando mal, ver que eso era... A ver si los podía enganchar por el tema económico. P2 2:5
				<ul style="list-style-type: none"> - "Bueno, pues aproveche ahora que no tiene el estrés laboral, que tiene otro tipo de estrés, pero es distinto, para dejar de fumar". Porque además en estos momentos, si está fumando un paquete de cigarrillos al día se está gastando doscientos y pico euros al mes y se está gastando tanto al año. Es un dinero que en estos momentos usted no se puede permitir el lujo de tirar". P5 5:13 - Hay que intentar hacerle ver los puntos flacos de su conducta, intentar aumentar sus disonancias para intentar que vaya hacia decidirse a dejar de fumar. P5 5:33 - Pero no le voy a echar el grito, sino al revés. Intento seguir motivando, seguir animando y claro, hay veces que tienes que tirar la toalla porque no hay manera. Pero verdaderamente yo creo que se saca mucho más...GFP 20:534 - O sea, utilizar técnicas habituales para otra cosa como para darle la palmadita en la espalda. Venga, pues fíjate, lo tienes ya un poquito estrecho, el bronquio, pero si lo dejaras pues de aquí a un tiempo estarías mejor. GFP 20:556 - Bueno, vamos a ver, el refuerzo positivo lo tenemos que utilizar siempre cuando están haciendo un esfuerzo. GFP 20:559

3.2 Acompañamiento desde la deliberación	3.2.2 Buscar su motivación		Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Yo creo que el personal sanitario tenemos que estar en la situación de acompañar a esa persona a que encuentre su motivación. Cada persona somos individuales, y el tratamiento a uno no sirve para el otro. Entonces yo creo que eso lo tenemos que saber, entonces es acompañarlo, intentar indagar sin culpabilizar, sin castigar, sin nada, a ver qué es lo que a esa persona le podría motivar... es el enchufe para intentarlo. GFP 20:560 - Hay que acompañar, pero también hay que motivar. GFP 20:563 - Pero tú no puedes motivar, tienes que saber qué motivación es la que le mueve a esa persona a tomar la decisión. GFP 20:564 - Pero yo creo que muchas veces no es tan necesario el decir: "Tiene que dejar de fumar", como que el paciente venga para tú irle ayudando y también coger el objetivo tuyo final. GFP 20:553 - Bien, pero que lo que a me refiero es que no puedes esperar a que el paciente esté motivado para que venga a ti y te pida acompañamiento. En el acompañamiento estoy completamente de acuerdo, pero tú también tienes que motivar, y para motivar hay que informar, hay que prevenir, hay que dar folletos, hay que dar refuerzo escrito, hay que hablar, hay que tal...GFP 20:565 - Pero que también no hay que esperar a la automotivación, sino que hay que motivar también. GFP 20:567 - Hombre y que para que lo deje la motivación personal suya es básica. GFP - 20:561 - Yo cuando les planteo eso, si en ese momento me dicen que sí, que estarían dispuestos, pero no me lo han planteado ellos nunca jamás inicio un tratamiento de deshabituación en ese día. Les digo: "Vamos a poner una fecha. "Vete buscando motivos para dejar y por qué lo sigues fumando. Ponte fecha. Anima, avisa a las personas que están alrededor y con esa fecha ya de verdad haremos una actuación más intensiva. P1 1:41 - Pero intensidad, yo creo que hasta que el paciente no te demuestra que está motivado y está dispuesto a hacerlo, creo que es inútil, o sea empujar al paciente es inútil. P1 1:40 - Una intervención más intensiva, desde mi experiencia hay que elegir muy bien al paciente y el momento y que esté perfectamente motivado. Porque exige mucho tiempo, mucho tiempo. P2 2:9 - Es un poco, pues, a ver, que en un momento determinado hay que dejarlo y aprovechar el momento y en ese momento actuar. Pero sin premeditación, si no esperar a que llegue el momento y aprovechar el momento. P9 9:16 - Lo que sí que cambia cuando los vas motivando poco a poco. Cuando lo ves motivado es cuando das el paso más de facilitarle medios para el abandono del tabaco. P10 10:25
			Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - Fue, un poco, el hacer que ese sentimiento fuera fluyendo o fuera acrecentándose, fuera, a través de esa proposición... U5 17:18 - O sea la última vez lo que hizo fue volverle a despertar un poco el deseo de dejarlo ¿No? U5 17:19 - El decir "Si te pasa algo tu familia se queda sola ¿eh? Tu familia... Tú lo vas a sufrir, pero ellos lo van a sufrir más todavía. Porque tú te has ido y mira... Pero ellos se quedan aquí y se van a quedar con el tema. Yo creo que ese es el.... por lo menos en mi caso. Que es con lo que más me hace. U2 14:25 - Eso no lo dijo, pero "Tienes muchas papeletas para que te surja algún problema ya, a estas alturas". Así lo interpreté yo su expresión. U5 17:22 - Me acuerdo que me dijo: "Mira..." "No sé cómo era... Un poco una metáfora referida a un sorteo. "Tú llevas muchos números para el sorteo". U5 17:10

3.3 Actitudes paternalistas	3.3.1 Insistir demasiado es contraproducente		Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Pero de los que estás encima de ellos y venga y venga y venga, yo no tengo buena experiencia. P11 11:28 - Es más, puede ser hasta contraproducente. Hay un momento en que el paciente diga "Oye, macho, eres un pesado con el rollo, este tío, vete a la mierda y ya está" y que te lo dicen, es que te lo dicen. P4 4:36 - Pacientes, pues pacientes cardíopatas o EPOC que está superdemostrado que el tabaco está mal. O sea, no les beneficia para nada. Pero claro, llegas hasta cierto límite cuando ves que, por mucho que hagas, incluso que el paciente se pone un poco violento con el tema, pues intentas evitarlo o dejarlo aparcado y abordarlo desde otro punto. Pero, son los más complicados, yo creo que son los más complicados. P10 10:29 - Ahí es donde te quemarías. Yo creo que ahí es donde a lo mejor la parte de profesionales que están un poco, que pasan o que tal, que todo va unido a la formación. Yo creo que es, a veces traspasando tanto ese límite: "Ya le he dicho..." Tanto decirle al paciente es que le da igual. Tanto repetirle lo mismo, sin darle nada a cambio, el paciente ya es como quien oye llover. P8 8:61
			Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - Una persona que está machacando todas las veces que voy y la veo... A ella, en concreto, porque es a ella a la que veo. O a la enfermera, si me lo pasara, que me diga: "Deja ya el tabaco, deja ya el tabaco..." U1 13:32 - Pero el que estés toda la semana, eso sí que lo veo machacar. Yo creo que cuanto más se machaca a una persona, es una influencia negativa. U1 13:33 - Pero si estás todo el día dándole. Es como los críos, que les dices: "no toques eso, no toques eso". Al final, te descuidas y lo ha tocado. Para mí es lo mismo. U1 13:35 - Ahora, si te ve 20 veces al mes y está 20 veces diciéndote... Al final sí que puedes contestarle mal al médico y decir "Tú di lo que quieras, que yo haré lo que me dé la gana". U1 13:59 - Lo que no se puede hacer es machacar a las personas, en ningún sentido. Para nada, ni para bueno ni para malo. U1 13:60 - Al fumador no le gusta que le digan: "No fumes". U2 14:16 - Porque a veces una actitud severa o intransigente, hace nacer un sentimiento defensivo en contra de ese planteamiento. U5 17:23 - La presión ha sido a lo mejor más mi mujer últimamente. La intransigencia... U5 17:24 - A aconsejar, lo que más. Si se pone duro, esto, lo otro, pues a lo mejor dices... ahora doble. U6 18:7 - No, y luego el machacar. O sea: "No fumes, no fumes". Déjame, déjame. Llega un momento en que dices, fumo. ¿Por qué? Pues porque me estás machacando. GFU 19:382 - Esa insistencia te hace fumar más. Te cabreas, de forma que te vas y fumas. GFU 19:383 - Es que si no fuera por la presión que nos han metido, también lo que nos han machacado, creo que también lo hubiéramos dejado solos. GFU 19:384 - Te machacan. GFU 19:429 - Y sobre todo que cuando los padres más te exigen, más te dicen que no, que no, que no se qué. Más les llevas la contraria pero porque también te enfadas. GFU 19:533 - Contraproducente. GFU 19:475

3.3 Actitudes paternalistas	3.3.2 Aterrorizar	Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Los médicos, yo creo que somos demasiado tajantes. No sé, a veces abordamos el tema..."Vas a estar enfermo". "Te vas a morir". No sé, unos planteamientos un poco pobres. P3 3:12 - Es que el miedo es el recurso de siempre. Es el más efectivo, claro. P3 3:20 - Claro, el miedo es la manera del control de la cabeza. Es el básico, claro. P3 3:21 - ¿Usted fuma? Pues se va a morir. GFP 20:529 - Con el oxígeno, yo les digo muchas veces. "Pues dentro de unos años, el oxígeno en casa". Pero con eso te quedas... P11 11:25 - Hombre, intentarlo sí, pero coaccionarlo y amenazarlo... Bueno, a veces amenazar pero... A veces, sí que lo dices. P11 11:26
		Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Consigue más resultados un médico que dice: "Te estás matando"? GFU 19: 476 - Es decir, no plantearlo como una amenaza, no aterrorizando con el fuego del infierno... ya me entiende. U3 15:17
	3.3.3 Culpabilizar	Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Hombre, yo creo que para intervenir siempre, otra cosa es para penalizar o para, que creo que nuestro mensaje tiene que ser el mensaje de los hábitos saludables. No podemos ser jueces de una persona que decide no tener hábitos saludables. P7 7:12 - Además siempre digo lo mismo. Digo: "Mire yo no estoy para culpabilizarle, sino para ayudarle. P8 8:39 - Tenemos mucha predisposición a culpabilizar también. GFP 20:528 - Pero, claro, no puedes demonizar una cosa porque ya de entrada te lo rechazan, claro. GFP 20:531 - Es que no se le puede demonizar. GFP 20:548 - Hombre, la relación esa paternalista sí que hasta ahora... bueno, ahora menos pero sí... es como una relación de... ¡Y fumas! GFP 20:532 - Luego es una forma de justificar que has hecho la intervención. Dices, buf, tengo que hacer una intervención en 30 segundos, pues en 30 segundos qué le vas a decir: ¡Oiga, está fumando! ¿Pero usted sabe lo que tiene... no sé qué? Ya está. Pues vale, rellenas. GFP 20:533 - Pero claro, si el que fuma... yo por ejemplo, que fumo, que sé lo muy... lo mal que está, pero si tú me vienes: ¡Y estás fumando. No sé qué! GFP 20:537
		Usuarios	No hay datos

3.3 Actitudes paternalistas	3.3.4. Imponer	Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Un médico interrumpe al paciente, como media, a los 18 segundos. Porque las entrevistas son absolutamente cerradas, con muy poco tiempo, entonces no se exploran estos aspectos que tú comentas, que para mí son tan importantes. P12 12:11 - ¿No consideras que a veces en la consulta nosotros mismos es más cómodo decirle: "Deje de fumar, deje de comer, tiene que adelgazar", que realmente... P1: Motivarlos P2: ...¿Ayudarle a encontrar su motivación?. GFP 20:514 - Más fácil, porque te quitas de encima el paciente y la situación de agobio en la consulta. GFP 20:515 - Yo creo que es más cómodo para el profesional, pero porque tiene una carga laboral increíble. GFP 20:518
		Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - No estoy muy a favor de que venga el médico a imponerme: "Tienes que dejar de fumar porque es malo para tí". GFU 19:345 - A todos los fumadores, no por tu edad ni porque sean tus padres....el fumador, como se lo prohíbas... Yo creo que lo peor que puedes hacer es decirle, de repente: "No vas a fumar". GFU 19:378 - Yo creo que a un adolescente no le puedes obligar. GFU 19:464 - Pero es que yo sé que si la obligo, lo que yo os decía antes, es que no lo va a hacer. Es que yo si a mi hija la obligo: "Mañana ya no fumas". Es que no lo va a hacer. Es que va a salir a la calle y va a fumar. GFU 19:554

3.4. Inhibición y neutralidad		Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - A mí lo que me daría vergüenza es que hiciesen una encuesta a mis pacientes y dijese, sobre todo en diabéticos, hipertensos y eso..., que dijese que nunca su médico de cabecera les ha aconsejado dejar de fumar. Diría: "Jolín, pues lo estoy haciendo fatal". P1 1:50 - Como tú dices, es la motivación del paciente pero también la del profesional porque hay compañeros que el tema del tabaco ni lo tocan. Entonces yo creo que ahí el profesional que tienen delante también hace que la gente pueda dejarlo o no dejarlo. P2 2:11 - Es más, del tabaco...del tabaco nadie les hace ni prevención ni promoción. ni les dicen de dejar de fumar en una consulta especializada. Y lo digo porque yo he estado también en una consulta especializada. Entonces, nadie les habla del tabaco pero no en neumología, sino en... ni en cardiología. "A ver... ¿Fuma? Sí.". Para la historia clínica, y nadie les dice nada más. Ni: "Deje de fumar"... GFP 20:509 - O sea, nadie... ni en urgencias, ni en ningún otro sitio del hospital, que yo he pasado por bastantes, en ninguno nadie les dice que dejen de fumar. GFP 20:510 - Nosotras en atención especializada, como enfermeras que podríamos abordar perfectamente el tema del tabaco, una persona que ingresa se va de alta o sin el alta, hacerle 3 preguntas, pasarle un test, hablar con él 5 minutos... Les damos un papel que está hecho con el ordenador y con esto te vas a Atención Primaria. GFP 20:520 - Luego es una forma de justificar que has hecho la intervención. Dices, ¡Buf !, tengo que hacer una intervención en 30 segundos, pues en 30 segundos ¿Qué le vas a decir? "¡Oiga, está fumando! ¿Pero usted sabe lo que tiene... no sé qué?" Ya está. Pues vale, rellenas. GFP 20:533
		Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - No creo que sea muy generalizado este tema entre ustedes. U3 15:15 - Pero no, es un tema que no se ha suscitado apenas, apenas y quizás me paso. U3 15:25 - Yo creo que sí, que debería de generalizarse un poco más en la profesión médica, pero es lo que le decía antes, creo que es algo vocacional. U3 15:26 - Incluso aunque el motivo por el que venga el paciente sea otro. U3 15:29 <p>Llevo intentando dejar de fumar desde hace tres años o algo así. Mi médico de cabecera, que lo sabía, me dijo que dice: "Yo he dejado de fumar, yo me fumaba dos paquetes de Winston diarios. Eso, tú mismo, tal...". GFU 19:394</p>

A4. Cuestiones relacionadas con la justicia en la distribución de los recursos

4.1 Intervención adecuada a motivación	4.1.1 Motivación es la clave para el cese		Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Bueno, la gente, en general, la gente que está poco motivada, poco incentivada, tienen pocos motivos para intentar hacer el esfuerzo de dejarlo. Yo...en esas situaciones hay un...hay algunos que sí que se puede motivar en el sentido del ahorro económico que les pueda suponer porque también están mal de... de dinero. Pero también es difícil motivar a algunas personas pues porque no... están un poco que les da todo un poco igual ¿No? No sé si en una situación de...de cierto ánimo depresivo es difícil motivar. La motivación es lo más importante a la hora de dejarlo, más que todos los medicamentos que les podamos dar. P1 1:33 - Es que el problema está en que el paciente se motive para dejar de fumar. P2 2:18 - No sé. Yo no pienso que merezca la pena dedicar demasiado tiempo. El que quiere dejar de fumar, lo hace. ¿Los profesionales formación? Si es que lo más importante es la voluntad del que, de los que tenemos el hábito de fumar. P9 9:8 - Y si tú quieres dejarlo, pues lo dejarás de una manera o de otra. P9 9:9 - Y solamente cuando hay un motivo concreto para dejar de fumar es cuando lo consiguen. P9 9:11 - Es que tampoco. Yo creo que cuando se hace así, muy.... Yo lo hice a través de la Facultad de Medicina. Y sí que dejé de fumar pero luego tampoco sirvió para nada. Y los que lo han dejado así, hay muchas más recaídas que el que realmente toma la decisión por una motivación concreta, que esos pocas veces vuelven. ¿Sabes lo que te digo? Yo, por ejemplo, de todos los que fuimos mucha gente volvió a fumar. En otros sitios que he ido, todos, prácticamente hemos vuelto a fumar. Mientras que casos concretos, por motivos concretos. Estos nunca vuelven a fumar. P9 9:15 - La clave es el motivo. P9 9:17 - O sea, si tienes la motivación no necesitan nada. Ni parches ni pastillas, ni nada. P9 9:18 - La verdad es que si ellos me han pedido ayuda y querían dejar de fumar, que ellos lo tenían muy claro, pues no han necesitado muchas veces nada. Lo han intentado una vez, lo han intentado otra, y al final lo han conseguido. P11 11:13 - E: Ahí es importante el tema de la motivación, ¿no? - P11: Sí, sí, la motivación. - E: ¿Es determinante... según tu experiencia? - P11. Sí. P11 11:15 - Pero sobre la marcha me parece absurdo, es que está abocado al fracaso, por mucho que..., aunque parezca muy animado en ese momento. Puede estar muy entusiasmado porque tú en ese momento le estás abordando, pero eso lo tiene que interiorizar y estar y después en las 24 a 48 horas que va bajando el... la motivación. A ver qué pasa ¿Eh? Entonces yo en ese momento creo que sabiendo hacer el consejo breve pero no, no en ese momento. O sea, si ha partido la idea del médico no debe de...yo creo que en ese momento no se debe hacer una actuación intensiva. Es totalmente una pérdida de tiempo. Eso es lo que creo. P1 1:42
--	---	--	---------------	--

4.1 Intervención adecuada a motivación	4.1.1 Motivación es la clave para el cese		Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Pero cuando vienen a pedirme... Que quieren, pero que no saben... Los que dudan ya... Les das los chicles, los parches, las pastillas y que nada les hace nada. Que si no son ellos los que lo tienen ya muy, muy claro, por mucho que les digas.... P11 11:14 - Pero ya te digo que, por mucho que insistas, si no quieren ellos... P1 - 11:17 - Es que yo, por ejemplo, estos de la ...con motivación no han empleado nada. Ni chicles ni parches ni pastillas ni nada. Y los que no ha habido motivación, que se hace a través de un decir "Bueno, pues a partir de tal día vas a dejar de fumar". Y empleas el Champix, no se qué, no se qué, no sé cuántos... Es que todos vuelven y vuelven además muy rápidos. P9 9:20 - Es que el problema, es que muchísimos pacientes y yo creo que como en un 80% lo que te influye es tu motivación y que tú quieras dejar de fumar, hay muchísimos pacientes que han probado, pues yo tengo pacientes con M., que han probado el Bupropion de todas las marcas, el que entra en la seguridad social, el que no, los parches, no sé qué, y han vuelto a fumar. Y a lo mejor llega un momento que dicen "Quiero dejar de fumar", y lo dejan sin nada. Y es la vez que más han aguantado. GFP 20:622 - Vamos a ver, si tú tienes que comer sin sal, y hacer deporte y llevar una vida sana, la motivación es fundamental. Para llevar una vida sana y que te bajen las cifras del colesterol, de hipertensión, etcétera .GFP 20:626 - Una cosa que ya hemos dicho y que no nos podemos olvidar nunca es que por más motivación que tengamos, compromiso, voluntad, mientras el paciente no quiera es que no se va a hacer nada. No se va a hacer nada. GFP 20:574 - Quieras dejar de fumar, hay muchísimos pacientes que han probado, pues yo tengo pacientes con M., que han probado el Bupropion de todas las marcas, el que entra en la seguridad social, el que no, los parches, no sé qué, y han vuelto a fumar. Y a lo mejor llega un momento que dicen: "Quiero dejar de fumar", y lo dejan sin nada. Y es la vez que más han aguantado. GFP 20:622 - Hombre y que para que lo deje la motivación personal suya es básica. GFP 20:561
			Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - Les estoy haciendo perder el tiempo con la dedicación que veo hacia este tema, voy a ver si lo dejo aquí.U3 15:32 - El que ha querido quitarse de fumar, yo creo que lo ha hecho o bien por su cuenta, es decir, que ha tomado la decisión, o bien porque ha ido a esta gente que te dicen que te quitan con la hipnosis. U1 13:62 - Ahora, si la persona no quiere, yo creo que por mucho que intentéis vosotros apoyar, no lo va a conseguir. U1 13:29 - y lo primero sería tener fuerza de voluntad uno mismo. U4 16:25 - No, ha sido por una decisión propia, estar motivado, estar convencido y tener una fuerza de voluntad que no se debe plantear como un sacrificio.U3 15:38 - Es la voluntad de uno. La voluntad de uno es lo que tienes que tener. U6 18:16 - Pero sí que había una motivación diferente. La motivación era que quería dejar de fumar. GFU 19:396 - Para dejar de fumar lo que sí que, al final, creo que tiene que haber es una motivación GFU 19:517 - Sí, sí. En eso te doy toda la razón. Una motivación de algo o por algo. GFU 19:519 - Nos tiene que ayudar algo. Y es una razón, la motivación, algo. GFU 19:520 - Pues yo creo que la motivación muchas veces es el reto, ver que no vas a ser capaz de conseguirlo y conseguirlo. GFU 19:420 - El tiene un objetivo y si lo quiere conseguir, ya sabe que el tabaco no entra. GFU 19:466

4.2 Rentabilidad de la prevención en AP	4.2.1 Falta tiempo para estas actividades	Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - El mayor problema es la necesidad de tiempo para hacer el programa de tabaco ya que es un programa verdaderamente muy largo y que exige muchas horas. P6 6:1 - El médico no creo que tenga a veces casi ni 3 minutos para poder hablar de actividades preventivas. GFP 20:440 - Yo sí que noto que el médico estaba, uf, muy desbordado con la persona que iba yo, y además era una persona que además con el tema del tabaco estaba muy implicada. GFP 20:453 - No tenía tiempo tampoco de... de hablar de ciertas cosas. GFP 20:455 - Incluso yo en... en la consulta de enfermería me pasaba a veces también eso, tanto con eso, con la obesidad, o con otro tipo de cosas que no tienes tiempo. GFP 20:456 - Nuestro corto espacio de tiempo que tenemos para abordar estos temas. GFP 20:487 - Porque no tenemos... porque si verdaderamente tuviésemos mucho tiempo, pues tendríamos más tiempo para hacer esto. Igual que con el tabaquismo con un montón de cosas más igual de importantes, pero claro, como esto es un cajón de sastre, la Atención Primaria. GFP 20:494 - ¿Qué sucede?. Que tantas cosas queremos abarcar que... que no podemos ser exitosos en todo. No podemos ser buenos en todas las cosas. GFP 20:495 - Entonces, eso sí que es un hándicap. GFP 20:496 - El día que te coge una consulta que tú estás fino de... tienes menos presión porque el tipo de pacientes que han llegado son más accesibles, eh... trabajas mejor y entonces puedes afrontar este tipo de intervenciones mucho mejor. Claro, eso sería si tuviésemos menos... menos presión. GFP 20:517 - Yo creo que es más cómodo para el profesional pero porque tiene una carga laboral increíble. GFP 20:518 - Es que se ha desbordado. La Atención Primaria se ha desbordado. GFP 20:519 - Eh... tienes que estar media mañana al ordenador, entonces no te dedicas a lo que te tienes que dedicar, que es al paciente. Y en Atención Primaria creo que ocurre un poco lo mismo. GFP 20:522 - Pero, claro, mientras no les saquemos tanta ansiedad de recetas y de crónicos que tiene enfermería pues... P8 8:48
		Usuarios	No hay datos

4.2 Rentabilidad de la prevención en AP	4.2.2 La prevención es rentable		<ul style="list-style-type: none"> - Con lo cual si se le hace promoción a la prevención del tabaquismo, pues de cara a un futuro no solamente la parte sanitaria, sino la parte económica se va a beneficiar mucho, porque se van a hacer menos tratamientos, menos ingresos por infartos, por... por cáncer... GFP 20:499 - Es rentable a todos los niveles. GFP 20:500 - Y yo pienso que va a ser muy rentable de cara no solamente a la parte sanitaria, la parte bioética y... sino también la parte económica también se va a beneficiar. GFP 20:501 - Pero es que hay que ponerlos como en todas muchísimas cosas de prevención y promoción, porque eso solo da resultado a largo plazo. GFP 20:504 - Si hicieran a lo mejor un estudio coste-efectividad a 5 años te dirían que todo ese recurso es como tirarlo a la basura. Pero es que no es una cuestión de 5 años, es una cuestión de hacer cultura sanitaria... GFP 20:505
		Usuarios	No hay datos

4.3 Papel del Estado	4.3.1 En contra de la financiación de tratamientos		Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Pienso yo que facilitar el tratamiento es perder motivación. P10 10:14 - Porque si él paga se sentirá obligado a amortizar eso. P12 12:24 - Lo que ha hablado P6 es que ella no ve tanto el conflicto moral en lo que estábamos hablando antes de financiarlo o no, sino en el que como el 80% es la motivación, para qué vas a financiar algo si a lo mejor lo financia y luego realmente lo deja por la motivación y no por la medicación. GFP 20:628 - Yo estoy convencida de que lo que es gratis todos no lo valoramos en su medida. Para dejar de fumar lo primero que tenemos que hacer, la persona que quiere dejar de fumar es querer dejar de fumar GFP 20:631 - No. No. El tabaco no lo subvencionan. ¿Por qué van a subvencionar los chicles o las pastillas? GFP 20:615 - ¿Por qué a lo mejor medicalizar ahora un problema?. Yo, o sea, yo soy de la opinión de financiarlo, pero ¿Por qué medicalizar una cosa de tal manera cuando seguimos consiguiendo que muchísimos pacientes dejen de fumar por su motivación propia o por otras cosas, por qué medicalizar otro problema más? GFP 20:623 - Pero eso pasa... eso pasa con el tabaco, pero pasa con muchísimas enfermedades. GFP 20:624 - La hipertensión, por ejemplo, en un primer momento hay personas que si comieran sin sal, o cuando te salen las cifras un poquito altas y tal, aguantarían mucho más sin medicación, y sabemos que eso muchas veces desde el primer día no se cumple, y luego les das la pastilla, y está financiada. Con el colesterol pasa tres cuartos de lo mismo, entonces... GFP 20:625
			Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - Es que pagando por un paquete de tabaco 4,50 € pronto lo amortizarías. No creo que eso sea... U2 14:22 - Y tampoco gravoso el precio de la medicación. Vamos, yo pensé: "Me gasto menos que con el tabaco diario". U5 17:15 - Yo creo que no, yo creo que no. Gastando la cantidad de dinero que se gasta en tabaco. U2 14:21 - Ahorras mucho más solamente de dejar de fumar. U2. - 14:20 - Yo creo que el mejor parche está aquí dentro [se señala la cabeza]. U3 15:37 - Ah, pues a lo mejor si estuviera financiado, bueno. Pero es que tampoco... U4 16:18 - Bueno, yo en la Universidad dejé con parches y aquella vez seguramente sería porque tenía un interés más marcado, más acentuado. U5 17:14 - Yo creo que no. Hombre, habría que facilitar más el acceso. U1 13:61 - Y yo creo que financiarlos, sí. Pero yo creo que hay cosas más importantes que financiar el quitarte de fumar. U1 13:65

4.3 Papel del Estado	4.3.2 A favor de la financiación de tratamientos	Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Yo creo que el Estado debería de abonar la totalidad del pago de los fármacos para dejar de fumar. Eso estoy convencido. Yo creo que eso es rentable. Yo creo que si hay algo rentable sería eso. P3 3:15 - Y se están financiando en estos momentos tratamientos mucho menos eficaces para el tratamiento de otras patologías que además no conllevan mortalidad y muchísima menos morbilidad y muchísimo menos gasto económico a nivel de hospitalizaciones, de gasto de medicación por problemas derivados del consumo de tabaco. Entonces, tendría que estar financiado. P5 5:22 - Pues claro que deberían ser financiados, por supuesto. Y sería mucho ahorro. P12 12:23 - Y es una vergüenza que se den situaciones legales tan de Perogrullo, bueno, tan vergonzosas que, por ejemplo, en Navarra que consiguieron financiar los tratamientos sustitutivos con nicotina, para las personas que quisieran dejar de fumar. P5 5:23 - Yo a una persona adicta la considero una enferma. Con lo cual yo, mi opinión es que sí debería estar financiado. GFP 20:617 - El principal problema ético que se me plantea en la deshabituación tabáquica es pacientes que no tienen recursos económicos para comprarse el tratamiento farmacológico y yo no dispongo de medios para facilitárselos P5 5:39 - Pienso que sí, que tendría que estar por lo menos un poquito subvencionados eh, para que pudiéramos...Eh, gente que es verdad, que por el tratamiento no lo deja. P8 8:23 - Yo creo que se debería financiar pero condicionado. P10 10:18 - Yo creo que se debería financiar pero condicionado al cese del tabaco. Y si no, tener que reportar el coste a posteriori P10 10:17 - Y al decirles el precio se han echado atrás y ya no han querido saber tampoco nada. P11 11:27 - Pero las pastillas les parecen carísimas y al final ni parches, ni chicles, ni pastillas ni nada. P11 11:12 - Que hay gente que no puede pagarse el tratamiento. P11 11:11 - Las clases sociales económicamente más altas o con más recursos, más recursos me refiero, lo que te digo, no de dinero ¿no? Recursos de que se informan en internet. Tienen más acceso a gabinetes o a medicina privada, psicólogos, porque van a acupunturas, van a muchas cosas para dejar de fumar. A la farmacia mismo, pues ellos se compran la medicación y por libre dejan de fumar ¿No? P8 8:19 - Y con respecto al abandonar el tabaco es indiscutible que los medicamentos que hoy estamos empleando para abandonar el tabaco son medicamentos carísimos y es un condicionamiento realmente. P6 6:14
		Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - Hombre, habría que facilitar más el acceso. U1 13:63 - Ya que en este tiempo se está hablando tanto del Estado de bienestar, del Estado social, lo ideal sería que todo tipo de tratamiento fuera público. U3 15:35 - Dices, a ver, cómo hacemos esto. ¿Esto funciona? Sí. Pues vamos a subvencionarlo. GFU 19:425 - Hombre, si funciona sí. Claro que sí. GFU 19:424 - A día de hoy sí. GFU 19:423 - Hay tratamientos de grupos para rehabilitación alcohólica. Para gente que tiene problemas mentales de distinto calibre hay hospitales de día. O sea, quiero decir, que la cosa está avanzada. Que se sabe ya como funcionan las cosas. ¿Por qué el tabaco nos tienen así? GFU 19:488 - Pero debería de tratarse también como si fuera una enfermedad, porque no deja de ser una enfermedad. Es una droga, en el fondo. Un drogadicto se dice que es una persona enferma, un fumador es una persona enferma. En mayor o menor intensidad, ese grado, pero a fin de cuentas se enferma. U3 15:36

4.3 Papel del Estado	4.3.3 Educar para la prevención del tabaquismo		Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Esas campañas de concienciación creo que al final sí que hacen... sí que hacen una cultura menos... o sea que la cultura sea menos a favor del tabaco. GFP 20:407 - Con lo cual si se le hace promoción a la prevención del tabaquismo, pues de cara a un futuro no solamente la parte sanitaria sino la parte económica se va a beneficiar mucho, porque se van a hacer menos tratamientos, menos ingresos por infartos, por... por cáncer... GFP 20:499 - Pero es indiscutible de que hay una separación muy grande entre lo que es el Estado y lo que somos nosotros, los sanitarios, a la hora de intentar plantear este tipo de acciones. P6 6:9 - Entonces ni nos sirve una ley que nos diga que no podemos fumar porque eso es una chorrada. Porque es que además me parece que no me pueden obligar a hacer una cosa concreta como no me pueden obligar a no tomarme dos cañas. Es que no deben de actuar en ese sentido. Si es que a través de cosas positivas se consiguen más que con cosas negativas. P9 9:22 - Tú no puedes prohibir si no educas P12 12:16 - Aquí lo que se está haciendo y se está invirtiendo es en la prohibición. Que yo sepa, no se está invirtiendo en la educación. P12 12:17 - Sí, estará prohibido fumar en todos los sitios, pero bueno. Aparte de que si vamos a la utopía pues, si es tan malo, vamos a quitarlo. P12 12:18 - Pero estamos prohibiendo, no estamos invirtiendo en educar. P12 12:20 - Se multa, se recauda, y se acabó. P12 12:21 - Pero vuelvo a decir lo mismo, si esto entrara en la educación, no se vería raro. P12 12:34 - No, lo que hay que hacer es invertir recursos en que los que están llevando la salud general tengan las suficientes dotes como para enganchar a la gente y ya está. Creo yo, no sé, porque si no es multiplicar... ¿Para qué está el médico de familia? P12 12:3
			Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - Yo creo que si la información que se diese, en general, a la gente y la educación se fumaría menos. Y se ahorraría bastante dinero en pastillas y todo este tipo de cosas. GFU 19:449 - Con una buena publicidad. Con una buena publicidad y un buen marketing. GFU 19:451 - De una buena publicidad, de una buena educación en los colegios .GFU 19:445 - En los institutos les han llenado la cabeza, en el Goya, de jornadas, videos, charlas. GFU 19:453 - Claro, es que si se enganchan ahora, ya llegan a estos extremos. Lo que hay que cortar es ahora. GFU 19:552

4.3 Papel del Estado	4.3.4 Impuestos y espacios sin humo		Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - El hecho de que haya ahora una legislación que prohíbe el tabaco en el ámbito laboral, creo que puede beneficiar en el sentido de que, bueno, y en el ámbito laboral nadie se ve empujado si no a dejarlo porque se encuentran que es un problema. Tienen que estar dando la lata, saliendo, intentando escaparse a la calle para poder fumar. Entonces cuando se dan cuenta de que están esclavos de sí... y tienen que hacer algo diferente. Entonces poco a poco se va quedando en minoría y entonces salvo en determinados casos muy inveterados la inmensa mayoría dice "Jolín, pues si no estuviese esclavo de esto, estaría mucho mejor ¿No?". P1- 1:22 - Que, poco a poco, yo creo que ha ido haciendo mella todo lo de la... lo de la ley antitabaco y tal, yo como fumadora la considero que se fuma menos. Considero que tengo amigos que por ese, por esa causa muchísimos amigos han dejado de consumir tabaco, muchísimos, mucha gente de mi alrededor, gente de la profesión. GFP 20:401 - Yo recuerdo donde yo trabajo que antes fumábamos muchísima gente, ahora nos hemos quedado 4 y además 4 concienciados, eh... con síntomas claros de culpabilidad... GFP 20:403 - Con síntomas claros de culpabilidad, de salir a fumar, de tal de cuál, o sea que... yo creo que esa cultura ha hecho mella. 20:406 - De 14, 16 años ven que la gente fuma menos, creo que eso sí que afecta, porque es lo que he dicho antes, sí que es verdad que está ese concepto de eso es para mayores, eso tal y eso cual, y ahora yo creo que sí que es verdad que, yo tengo la percepción también como P8 de que la gente fuma menos. GFP 20:408 - Sí, sí que mucha gente ha dejado de fumar. Muchísima. GFP 20:409 - Lo que veo en el ambiente de niños de 20... niños digo que no se llevan tanto conmigo [ríe] pero eso, 19, 20 años creo que fuman bastante menos. GFP 20:410
			Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - Y creo que el precio del tabaco, por mucho que suba, tampoco consigue... Bueno, sí que conseguirán que se consuma menos, pero como todas las drogas, se buscará de una manera u otra. U1 13:66 - Entonces hay una hipocresía tan grande de que se hagan campañas antitabaco, de que se pongan en las cajetillas que puede matar y esas fotografías tan terribles que vienen. Y por otra parte que se acepte. No creo que la solución para el tabaco sea aplicar lo que fue la ley seca para el alcohol, una prohibición total. Muchas veces las prohibiciones no resuelven los problemas. Pero es un problema social, no digo político, social, económico.... Pero de hipocresía total. Eso sí que es cierto. U3 15:34 - Es que por un lado nos exigen que dejemos de fumar. De alguna forma nos exigen que dejemos de fumar y por otro lado nos ponen unos medicamentos carísimos. Dices, a ver: "¿Cómo hacemos esto?. ¿Esto funciona? "Sí. Pues vamos a subvencionarlo. GFU 19:427 - ¿El Estado por qué permite que ese veneno siga vendiéndose legalmente? Porque saca una pasta que para qué. GFU 19:431 - P7: Que es lo que han hecho. ¡Joder! Patrocinar regatas, patrocinar cosas deportivas. Que ahí les dejan, ahí aparecen. ¿Qué listos que son? P1: Son una hipocresía. GFU 19:440 - Que se sabe ya cómo funcionan las cosas. ¿Por qué el tabaco nos tienen así? Evidentemente porque quieren que sigamos gastándonosla. Claro. GFU.19:489



